



BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

4

/2014
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
- 2 ◆ STANOWISKO NRPIP
ILONA TUŁODZIECKA – POŻEGNANIE
- Z PRAC NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 3 ◆ STANOWISKO PREZYDIUM NRPIP
- 4 ◆ WOTUM NIEUFNOŚCI MINISTROWI ZDROWIA
- 5 ◆ USTAWA O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ
- 9 ◆ USTAWA O ZMIANIE USTAWY O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ
- 12 ◆ OPINIA W SPRAWIE WYPISYWANIA RECEPT
- 14 ◆ IV SZCZYT EUROPEAN BIOSAFETY NETWORK
- Z PRAC KOMISJI
- 15 ◆ POŁOŻNA A WSPÓŁCZESNE PRAWO
- SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI
- 20 ◆ XII KONGRES PIELĘGNIAREK POLSKICH
- 23 ◆ XVII ZJAZD POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK EPIDEMIOLOGICZNYCH
- 28 ◆ XVIII OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA PSPO
- 31 ◆ INFORMACJA FENTANYL PRZEZSKÓRNY
- 32 ◆ WAŻNA INFORMACJA DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA

– mgr JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu,
ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław,
e-mail: jolanta.kolasinska@am.wroc.pl, tel. 71 784 18 45;

PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO

– mgr EWA CHLEBEK,
ul. Urzędnicza 1, 55-020 Żórawina,
e-mail: echlebek@op.pl, tel. 728 51 50 55

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr DOROTA MILECKA Akademicki Szpital Kliniczny,
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław,
tel. 71 733 11 90, 733 11 95, 662 23 25 95;

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr KATARZYNA SALIK, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław,
e-mail: kasiatolik1@wp.pl, tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75,
606 99 30 95;

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław,
tel. 71 342 86 31 wew. 344, 604 93 94 55, 667 97 77 35

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
tel./fax: 74 842-33-25
tel.: 74 842 56 05
godziny pracy biura:
7:30-15:30

e-mail:

oipipsekretariat@webmedia.com.pl
www.oipip.walbrzych.pl

Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

Przewodnicząca:

Maria Pałeczka
oipipwch@webmedia.com.pl

Sekretarz:

Małgorzata Hrycak
BIURO

Sekretariat:

Łukasz Płaczkowski
oipipsekretariat@webmedia.com.pl

Rejestr prawa wyk. zawodu:

Izabela Arendarczyk
oipiprejestr@webmedia.com.pl

Księgowość:

Jolanta Kopacka
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

Obsługa administracyjno-prawna:

Kancelaria Prawna §
mgr Dorota Pakuła
Radca Prawny
mgr Michał Krajczar

Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 13-15
lub telefonicznie do kancelarii:
tel.: 74 666 00 02

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Irena Wydrzyńska

Dyżur:

Ostatni wtorek miesiąca od 10-14

W innym terminie po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym z biurem OIPiP w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk: Tereny Weny

SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY

Czas intensywnych urlopów bezpowrotnie minął. Opaleni, wypoczęci, wracamy do pracy. Mam nadzieję, że minimalne obsady na dyżurach nie spowodowały zmian planów urlopowych. Nasi decydenci nie przyczynili się do spokojnego powrotu po urlopie.

Wprowadzone w drodze rozporządzenia normy zatrudnienia w żadnym stopniu nie przystają do rzeczywistych potrzeb. Na nasze licznie podejmowane stanowiska, apele powołane zostały zespoły do przeprowadzenia analiz dokumentów przesłanych z poszczególnych podmiotów do Ministerstwa Zdrowia. Efekt? - żaden. Pozorne odsunięcie problemu w czasie.

Od dawna wiadomo, że jest nas za mało, coraz mniej. Pielęgniarki na umowach cywilno-prawnych już zaczynają powracać do zatrudnienia na umowę o pracę. Nie są i nie będą w stanie pracować po 230 i więcej godzin w miesiącu. Pielęgniarki z Ukrainy, wbrew wcześniejszym prognozom też nie chcą pracować u nas.

Pan Minister Zdrowia nie traci czasu, nie odpoczywa. Dokłada nam obowiązków. Sejm RP na posiedzeniu w dniu 22 lipca większością głosów zatwierdził ustawę o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw. W swoich wypowiedziach deklarował szeroko zakrojoną współpracę z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w celu wypracowania najbardziej korzystnych zmian w obowiązujących do tej pory przepisach regulujących wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej, dążąc tym samym do poprawy sytuacji.

Nasuwa się pytanie- czy dołożone obowiązki bez wsparcia finansowego poprawią sytuację? Komu? - ... jest nas zdecydowanie za mało. Podobne uprawnienia- ordynowanie leków, mają pielęgniarki w Szwajcarii. Ale- na 1 tys. mieszkańców w Szwajcarii przypada 16 pielęgniarek, w Polsce- ok. 5 pielęgniarek. Nie ma najmniejszych wątpliwości, nie zmniejszą się kolejki do lekarza, pogorszy się opieka pielęgniarska.

Na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia w dniach 8-9.07.2014r. Pan Minister odrzucił w sposób niedopuszczający sprzeciwu, bez uzasadnienia wszystkie uwagi zgłaszane przez samorząd pielęgniarek i położnych. W efekcie takich działań Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, na wniosek Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w piśmie do premiera Donalda Tuska wyraziło wotum nieufności Ministrowi Zdrowia Bartoszowi Arłukowiczowi.

30 lipca br. Pani Prezes NRPIP dr n. med. Grażyna Rogala Pawelczyk w piśmie do Pana Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego, prosi o skorzystanie z prerogatywy przyznanej art. 122 ust. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i prze-

kazanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej ustaw o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, o konsultantach w ochronie zdrowia, o zawodach pielęgniarki i położnej oraz z umotywowanym wnioskiem do ponownego rozpatrzenia.

Prezydencka minister Irena Wóycicka wysłała list do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza.

W liście napisała m.in. o potrzebie pogłębienia konsultacji społecznych na etapie wypracowywania aktów wykonawczych do ustaw. Wyraziła też nadzieję, że minister zdrowia weźmie pod uwagę kwestie poruszone w liście.

12 sierpnia Prezydent Bronisław Komorowski podpisał trzy ustawy tworzące tzw. pakiet kolejkowy i onkologiczny. Główne założenia nowych przepisów to poprawa dostępu do specjalistów dla wszystkich pacjentów oraz uprzywilejowanie pacjentów onkologicznych. Chodzi o nowelizację ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, nowelizację ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz nowelizację ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia.

Na te zasygnalizowane i inne, ważne tematy zapraszam na kolejne strony biuletynu.

23 czerwca 2014r. z ogromnym smutkiem przyjęliśmy informację o śmierci Pani

Ilony Tułodzieckiej, Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych II i III kadencji.

Dostąpiłam zaszczytu, osobistego poznania Pani Ilony Tułodzieckiej. Niezwykła osobowość.

Przewodnicząca ORPiP
Maria Pałeczka



STANOWISKO NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Stanowisko nr 17 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw przyjętych przez Radę Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez konstytucyjne organy władzy państwowej samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Projekt z dnia 3 kwietnia 2014 r. dotyczący ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw wprowadza nowe regulacje, których celem jest rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych oraz ich odpowiedzialności.

Jest to kolejny akt prawny dotyczący nas, który sporządzony został bez jakiegokolwiek współdziałania z samorządem zawodowym.

Tymczasem Minister Zdrowia po myśli art. 34 ust. 1 i art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tj.: Dz.U. z 2013 r. poz. 743 ze zm.) **jest obowiązany do inicjowania i opracowywania** polityki Rady Ministrów w stosunku do działu zdrowie, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw oraz projektów aktów normatywnych na

posiedzenia Rady Ministrów, a wreszcie, zobowiązany jest do współdziałania z organami samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Jego dotychczasowa postawa, ignorująca wszelkie propozycje wypracowania rozwiązań służących dobru publicznemu - w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - wskazuje, że tego obowiązku on nie wykonuje.

Brak dialogu w kwestii tak ważnej zarówno dla naszego środowiska pielęgniarek i położnych, a przede wszystkim dla pacjentów powoduje, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych **raz kolejny został pozbawiony** jakiegokolwiek wpływu na decyzje jego dotyczące, a tym samym sprowadzony został do roli biernego obserwatora zdarzeń, prowadzących nieuchronnie do obniżenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, która to okoliczność skutkować może narażeniem życia i zdrowia pacjentów. Wartości te powinny być nadrzędne zarówno dla rządzących, jak i realizujących opiekę zdrowotną.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że zasadniczym celem działania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest do-

prowadzenie do sytuacji, w której kluczowe decyzje z punktu widzenia członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, będą zapadały z uwzględnieniem naszego stanowiska. Umocowanie do działania samorządu zawodowy pielęgniarek i położnych czerpie z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, z którego wypływa prerogatywa ustawodawcy do tworzenia samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów **w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony**. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych - jako osoba prawa publicznego - ma przede wszystkim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa. Wszelkie swe prerogatywy zatem, co wynika wprost z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych realizuje w celu ochrony dobra wyższego, jakim jest szeroko pojęty interes publiczny, a w szczególności dobro tych, których życie i zdrowie jest zagrożone i którzy w tym trudnym czasie potrzebują naszej po-

mocy. Z tego powodu współdziałanie z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych jest niezbędne.

Zdecydowanie podkreślamy, że wypracowane przez Ministerstwo Zdrowia przepisy i rozwiązania uważamy za wysoce szkodliwe. Prezentowane przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych argumenty w tym zakresie pozostały bez odpowiedzi ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Mając na uwadze powyższe, w imieniu wszystkich członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych **Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych kategorięcznie sprzeciwia się całości zapisów zawartych w projekcie z dnia 3 kwietnia 2014 r. dotyczącym ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.**

Sekretarz NR PiP Prezes NR PiP
Joanna Walewander
Grażyna Rogala-Pawelczyk

STANOWISKO PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Stanowisko Nr 6 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie wyrażenia wotum nieufności Ministrowi Zdrowia Bartoszowi Arłukowiczowi

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych jako ustawowy reprezentant ponad trzystu tysięcznej grupy pielęgniarek i położnych zgłasza **całkowitą utratę zaufania** wobec Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza.

Pozwalamy sobie przypomnieć, iż z racji ustrojowego usytuowania, pielęgniarki i położne wykonują zadania władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa i są za nic odpowiedzialne.

Daje to szczególny tytuł do równoprawnego udziału m.in. w pracach nad przygotowaniem rozwiązań prawno-systemowych dotyczących organizacji ochrony zdrowia.

Od dłuższego już czasu, postawa przyjmowana i prezentowana w imieniu Rządu RP przez obecnego Ministra Zdrowia - w traktowaniu samorządu pielęgniarek i położnych jako partnera społecznego, budziła z naszej strony narastający niepokój. Był on tym większy, że podejście i stanowisko Ministra Zdrowia w poszczególnych kwestiach, nic dawały się pogodzić z deklarowanymi przez Premiera RP rozwiązaniami i sposobem działania.

Potraktowanie grupy zawodowej pielęgniarek i położnych przez Ministra Zdrowia w toku obecnych prac nad zmianami

ustaw tzw. „kolejkowych” odbieramy jako przejaw całkowitego lekceważenia. Dobitym dowodem jest przebieg posiedzeń Sejmowej Komisji Zdrowia w dniach 8-9 lipca 2014 r., podczas których Minister Zdrowia odrzucił wszystkie uwagi zgłoszone przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, do projektów ustaw, bez jakiegokolwiek odniesienia się do ich meritum. Identyczna sytuacja miała miejsce na etapie tworzenia projektów rządowych.

W tej sytuacji, nie widząc możliwości dalszej współpracy z Ministrem Zdrowia Bartoszem Arłukowiczem, sprowadzającej rolę samorządu pielęgniarek i położnych do funkcji faszadowego akceptanta Jego działań, zmuszeni jesteśmy zgłosić do Premiera RP, swoiste wotum nieufności, co do osoby Ministra Zdrowia oraz rozważenie zmiany na przedmiotowym stanowisku.

Sekretarz NR PiP
Joanna Walewander

Prezes NR PiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

23 czerwca 2014 r. odeszła od nas

ILONA TUŁODZIECKA

Pezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych II i III kadencji.

Charyzmatyczna osobowość, swoją energią, radością życia pobudzała do działania.

Nie żałowała sił, aby dokonywać zmian, umacniać rolę i pozycję samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Nawet w trudnym dla siebie czasie - nieuleczalnej choroby angażowała się w sprawy naszego środowiska.

Odeszła za wcześnie.
Cześć Jej pamięci.



WOTUM NIEUFNOŚCI MINISTROWI ZDROWIA BARTOSZOWI ARŁUKOWICZOWI

PAN
DONALD TUSK
PREZES RADY MINISTRÓW

Niniejszym pragniemy uprzejmie poinformować, iż Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez Ministra Zdrowia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Wobec powyższego, w imieniu wszystkich członków naszego samorządu zawodowego wyrażamy wotum nieufności Ministrowi Zdrowia Bartoszowi Arłukowiczowi.

Pragniemy zwrócić uwagę Pana Premiera, iż z racji ustrojowego usytuowania, samorząd pielęgniarek i położnych wykonuje zadania władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa i jest za nie odpowiedzialny. Tego rodzaju sytuacja daje mu szczególnie tytuł do równoprawnego udziału m.in. w pracach nad przygotowywaniem rozwiązań prawno-systemowych dotyczących organizacji ochrony zdrowia. Z przykrością jednak konstatujemy, iż od dłuższego już czasu, postawa prezentowana przez obecnego Ministra Zdrowia, który nie traktuje samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jako partnera społecznego, budziła z naszej strony narastający niepokój. Był on tym większy, że podejście i stanowisko Ministra Zdrowia w poszczególnych kwestiach, nie dawały się pogodzić z deklarowanymi przez Pana Premiera rozwiązaniami i sposobem działania.

Potraktowanie grupy zawodowej pielęgniarek i położnych przez Ministra Zdrowia w toku obecnych prac nad zmianami ustaw tzw. „kolejkowych” odbieramy jako przejaw lekceważenia i braku poszanowania konstytucyjnych prerogatyw samorządu zawodowego. Przejawem tego rodzaju zachowań jest chociażby przebieg posiedzeń Sejmowej Komisji Zdrowia w dniach 8-9 lipca 2014 r., podczas których Minister Zdrowia arbitralnie odrzucił wszystkie uwagi zgłoszone przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, nie przedstawiając jakiegokolwiek merytorycznego uzasadnienia. Analogiczna sytuacja miała miejsce na etapie tworzenia projektów rządowych. W tej sytuacji, samorząd Pielęgniarek i Położnych nie widzi możliwości dalszej współpracy z Bartoszem Arłukowiczem, jako że sprowadza on rolę naszego samorządu do funkcji faszadowego akceptanta jego działań.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że swe umocowanie do działania samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych czerpie z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, z którego wytyka prerogatywa ustawodawcy do tworzenia samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, który to samorząd - jako osoba prawa publicznego - ma przede wszystkim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa. Nadto, zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.), samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Wszelkie swe prerogatywy zatem, co wynika wprost z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych realizuje w celu ochrony dobra wyższego, jakim jest szeroko pojęty interes publiczny, a w szczególności dobro tych, których życie i zdrowie jest zagrożone i którzy w tym trudnym czasie potrzebują pomocy.

Minister Zdrowia po myśli art. 34 ust. 1 i art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej



(tj.: Dz.U. z 2013 r. poz. 743 ze zm.) jest obowiązany do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w stosunku do działu zdrowie, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw oraz projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów, a wreszcie, zobowiązany jest do współdziałania z organami samorządu zawodowego. Jednak dotychczasowa postawa Ministra Zdrowia, ignorująca wszelkie propozycje wypracowania rozwiązań służących dobru publicznemu, w ocenie Pielęgniarek i Położnych, wskazuje, że Minister tego obowiązku nie wykonuje.

Brak dialogu w kwestii tak ważnej zarówno dla środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, jak i pacjentów, zmusza nas do skierowania do Pana Premiera wniosku o dokonanie pogłębionej analizy zaistniałego stanu rzeczy oraz wyciągnięcie konsekwencji wobec osób, których działania mogą mieć z jednej strony poważne konsekwencje w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a z drugiej konse-

wencje polityczne dla osób sprawujących obecnie władzę w Rzeczypospolitej Polskiej.

Pragniemy podkreślić, że nie jest naszą intencją wywieranie presji, dla zagwarantowania jakichkolwiek przywilejów czy poprawy sytuacji określonej grupy zawodowej. Intencją naszą jest zwrócenie uwagi Pana Premiera na problem, który skutkować może w niedalekiej przyszłości narażeniem zdrowia lub życia tych, którzy z powodu swego stanu zdrowia wymagają opieki i zagwarantowania należytego poziomu świadczeń zdrowotnych.

Mając na uwadze powyższe argumenty, zmuszeni jesteśmy zgłosić do Premiera RP, swoiste wotum nieufności dla Ministra Zdrowia oraz rozważenie zmiany na tym stanowisku.

Warszawa, dnia 17 lipca 2014 r.

Prezes NRPIP
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

USTAWA O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ Z DNIA 15 LIPCA 2011 R.

Art. 11. 2. Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.6).

Uchwała 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny.

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 ze zm.) w zw. z art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjmuje procedurę postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Ustala się również wzór wniosku zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa wobec funkcjonariusza publicznego, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

Prezes NRPIP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ OBJĘTEJ OCHRONĄ PRZEWIDZIANĄ DLA FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO W PRZYPADKU AGRESYWNEGO ZACHOWANIA PACJENTA / RODZINY

Procedura dotyczy zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych zgodnie z art. 11 ust 2 ww. ustawy.

CEL

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta.

OKREŚLENIE POJĘĆ

Agresja [łac. *aggressio* 'napaść', 'natarcie'], *psychol.* działanie (fizyczne, słowne,) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

1. **Agresja fizyczna** – atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami przyjmującym formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp. powodującym zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.

2. **Agresja słowna (werbalna)** – posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

Pobudzenie – to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

Osoba agresywna – pacjent, rodzina pacjenta, opiekun itp.

Naruszenie nietykalności cielesnej

- to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

Czynna napaść – każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem

dokonywanym w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.

Znieważenie – to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej słów wulgaryzmów, powszechnie uznanych za obelżywe, gesty.

OPIS ZASAD ZASTOSOWANIA PROCEDURY

Warunki:

• Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które muszą wystąpić

podczas i w związku z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanymi w ww. przepisach prawnych czynności.

• Zaistnienie zdarzenia „**podczas i w związku**” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.

• Pełnienie obowiązków służbowych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo – przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.

• W świetle art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna wykonująca czynności, o których mowa poniżej jest traktowana w taki sposób przez prawo, w jaki sposób kodeks karny traktuje funkcjonariuszy publicznych. Na przykład: naruszenie jej nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na nią będzie kwalifikowana jako przestępstwo, o którym mowa w przepisach kodeksu karnego.

Przesłanki:

1. **Ochrona prawna przysługująca pielęgniarkie objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:**

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;

- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

2. **Ochrona prawna przysługująca położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:**

- rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej
- kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI, POŁOŻNEJ

1. **W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:**

- wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
- zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,
- informowania ww. osoby o przysługującej pielęgniarkie, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych,

2. **W przypadku zaistnienia zachowań, jakich dopuściła się osoba agresywna wobec funkcjonariusza publicznego należą:**

- w przypadku zaistnienia przesłanek przestępstwa zawiadomić organa ścigania składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1 o przestępstwie uwzględniając:



- okoliczności ze wskazaniem, że do zdarzenia doszło w czasie i w związku z wykonywaniem czynności służbowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,
- wskazać w trakcie, jakich czynności (udzielanego świadczenia) doszło do zdarzenia,
- b. odnotować powyższy fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,
- c. wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,
- d. poinformować niezwłocznie kierownika oddziału / placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,
- e. w przypadku doznanych obrażeń przez pielęgniarkę, położną, poddanie się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowego.

OCHRONA PRAWNOKARNA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI PUBLICZNEMU

Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej podczas i w związku z wykonywaniem przez niego świadczeń zdrowotnych chroniony jest przez odrębne przepisy Kodeksu Karnego w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej, czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego. Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawnokarnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nietykalność cielesną pielęgniarek i położnych. O naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza można oskarżyć tylko kogoś, kto zrobił to podczas pełnienia przez funkcjonariusza obowiązków służbowych lub w związku z nimi i będzie podlegał odpowiedzialności prawnokarnej.

1. Przepięstwa popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu ścigane są z urzędu, a skierowanie aktu oskarżenia, inicjowanie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora,

2. Sprawca przestęstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu odpowiada surowiej, i zagrożony jest karami: grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności,

3. Organy ścigania po wzięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu

konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej)

4. Odpowiedzialność za napaść na funkcjonariusza została uregulowana odrębnymi przepisami.

PODSTAWA PRAWNA

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

Załącznik nr 2 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

.....
dane pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej

.....
miejscowość, data

DO

.....
(dane jednostki Policji lub prokuratury)

ZAWIADOMIENIE O POPEŁNIENIU PRZESTĘPSTWA WOBEC FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej zawiadamiam, że w dniu

.....
(data, godzina)

w
(miejsce popełnienia przestępstwa)

.....
(imię, nazwisko sprawcy, ewent. adres lub w przypadku braku danych osobowych opis wyglądu sprawcy)

podczas i w związku z
(rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych)

dokonał:

.....
.....
.....

(opis zachowania przestępnego – opisać zwięźle stan faktyczny oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem zawiadamiającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody i świadków na poparcie swoich twierdzeń).

W związku z powyższym wnoszę o wszczęcie w powyższej sprawie postępowania przygotowawczego.

Świadek: imię i nazwisko, adres / stanowisko.

.....
.....

.....
(podpis pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

.....
(czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

USTAWA O ZMIANIE USTAWY O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ

USTAWA z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.

Ze wszystkich zawodów medycznych najbardziej w Polsce brakuje pielęgniarek, czy zwiększanie obowiązków jest dobrym rozwiązaniem.

Tekst ustawy przekazany do Senatu

Głosowało - 427 posłów

za - 227, przeciw - 165, wstrzymało się - 35

ART. 1.

W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) po art. 15 dodaje się art. 15a i art. 15b w brzmieniu:

„**Art. 15a.** 1. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie:

a. ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,

b. ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty – jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

c. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

d. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 i 2, obejmują również wystawianie recept osobom, o których mowa w art. 43–46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w tej ustawie oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

(Dz.U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

e. W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji, pielęgniarka i położna są obowiązane do odnotowania na recepcie, w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 8, odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji.

f. Pielęgniarka i położna wystawiając receptę są obowiązane do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania adnotacji, o której mowa w art. 44 ust. 2 zdanie drugie ustawy o refundacji.

g. Pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

h. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstkich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalistycznego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

i. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:

1) wykaz:

- substancji czynnych zawartych w lekach, o których mowa w ust. 1,
- środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ust. 1,
- wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1,

2) wykaz badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 6,

3) sposób i tryb wystawiania recept, o których mowa w ust. 1 i 2,

4) wzór recepty, o której mowa w ust. 1 i 2,

- 5) sposób zaopatrywania w druki recept, o których mowa w ust. 1 i 2, i sposób ich przechowywania,
- 6) sposób realizacji recept, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji – biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

Art. 15b. 1. Pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe, o których mowa w art. 15a ust. 1, po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta.

2. Pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1, mogą, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

a. osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;

b. osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

4. Upoważnienie lub oświadczenie, o których mowa w ust. 3, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

5. Informację o wystawieniu recepty lub zlecenia, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.

Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.”

ART. 2.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r.Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„**Art. 32.** Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.”;

2) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„**Art. 40.** Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zabezpieczenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.”;

3) w art. 44 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1 i 1a, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

4) w art. 45 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na receptę numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.”;

5) w art. 46 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na receptę numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

6) w art. 188 w ust. 4 pkt 19 i 20 otrzymują brzmienie:

„19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiającej receptę na refundowane leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenie na wyroby medyczne;

20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19;”

ART. 3.

W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w pkt 14 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d i e w brzmieniu:

„d) pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego i położna ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.),

e) pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z którymi Fundusz zawarł:

– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub

– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa;”;

2) w art. 48:

a) w ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowa upoważniająca osoby, o których mowa w art. 2 pkt 14 lit. b, c oraz e, do wystawiania recept refundowanych zawierana jest na czas nieokreślony.”

b) w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera, pielęgniarkę lub położną.”

ART. 4.

Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne, o których mowa w art. 15a ustawy zmienianej w art. 1 niniejszej ustawy, mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

ART. 5.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.



OPINIA FORUM ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH W SPRAWIE WYPISYWANIA RECEPT

Szanowny Pan
Bartosz Artukowicz
Minister Zdrowia

Forum Związków Zawodowych negatywnie opiniuje rządowy projekt zmiany ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, którego celem jest przyznanie, od początku 2016 r., tym grupom zawodowych uprawnień do wypisywania recept, m.in. z powodu, zawartego w projekcie, podziału pielęgniarek i położnych ze względu na stopień formalnego wykształcenia, mimo ich równego prawa do wykonywania zawodu.

Zgodnie z projektowanymi zmianami, pielęgniarki i położne mają być uprawnione do samodzielnego udzielania - w określonym zakresie - świadczeń diagnostycznych i leczniczych. Rozszerzenie uprawnień obejmie jednak tylko i wyłącznie pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem, posiadające niezbędną wiedzę i umiejętności w zakresie ordynacji leków, którą mają uzyskać w przyszłości w ramach kształcenia na studiach pierwszego i drugiego stopnia (kierunki pielęgniarstwo i położnictwo), w ramach kształcenia podyplomowego specjalizacyjnego, w ramach kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych



z wyższym wykształceniem na poziomie kursu specjalistycznego.

Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, mają mieć, według projektu, prawo ordynowania leków i samodzielnego wypisywania recept na lekarstwa o określonym składzie, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe (specyfikacja tych substancji i środków ma się pojawić dopiero w przyszłości w rozporządzeniu Ministra Zdrowia). Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, mają mieć również prawo wypisywania recept i zleceń na: środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, określone wyroby medyczne, pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w danym zakresie. Projekt zastrzega, że zlecenie lekowi badań powinno być poprzedzone osobistym badaniem pacjenta.

Projektowane zmiany przewidują także, że pielęgniarki i położne, które posiadają dyplom co najmniej pierwszego stopnia, będą mogły - na zlecenie lekarza - wystawiać recepty na określone leki. Z możliwości tej, będą, analogicznie jak wyżej, wyłączone lekarstwa zawierające w swym składzie substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe.

Ta grupa pielęgniarek i położnych ma mieć również uprawnienie do wypisywania recept na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego jako kontynuację leczenia, jeżeli ukończą specjalistyczny kurs w tym zakresie. Również ta grupa pielęgniarek i położnych ma mieć prawo do wydawania skierowań na określone badania diagnostyczne. Wyjątkiem mają być badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych związanych z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta.

Zmieniana ustawa przewiduje, że minister zdrowia ma określić w rozporządzeniu wykazy: substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, badań diagnostycznych oraz sposób i tryb wystawiania recept przez pielęgniarki i położne z uwzględnieniem ich kwalifikacji oraz wymaganego zakresu umiejętności i obowiązków.

FZZ zauważa, że pielęgniarki i położne, stanowiące grupy zawodowe zrzeszone w centrali związkowej Form Związków Zawodowych, są przygotowane merytorycznie do wypisywania recept, jednakże rozszerzenie ich kompetencji nie powinno dzielić środowiska, uwzględniając jedynie formalną przesłankę wykształcenia, a pomijając takie aspekty jak chociażby doświadczenie czy faktyczne kwalifikacje.

Proponowane zmiany powinny też być związane ze wzrostem wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, o czym nie ma mowy. Niezbędny jest również wzrost liczby pielęgniarek, by przeciążenie zadaniami nie odbiło się negatywnie na opiece nad pacjentem, co jest podstawowym obowiązkiem pielęgniarki.

Forum zaznacza, że bez względu na stopień wykształcenia, każda pielęgniarka i położna posiada prawo wykonywania zawodu. Zatem już samo rozróżnienie, polegające na tym, że pielęgniarka i położna z tytułem magistra może samodzielnie, a z tytułem licencjata - na zlecenie lekarza - ma prawo wystawić receptę na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, stanowi przejaw niedopuszczalnej prawem dyskryminacji.

Ponadto, projektowane zmiany wprowadzają kolejny wymóg ukończenia kursu specjalistycznego, co obciąża pielęgniarki i położne koniecznością wymuszonego podnoszenia kwalifikacji z wykorzystaniem własnych środków finansowych. Brak jest jednocześnie zagwarantowania wzrostu wynagrodzenia z tytułu wykonywania tych czynności. Pielęgniarki i położne, w oparciu o zaproponowane zapisy, pomimo posiadanych kwalifikacji, umiejętności, wiedzy, odpowiedzialności będą w rzeczywistości „sekretarkami” lekarzy.

FZZ nie akceptuje takiego umiejscowienia grupy zawodowej pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia. Zaznacza jednocześnie, że wieloletnie problemy służby zdrowia próbuje się ponownie „łatać” zwiększając obowiązki pielęgniarek i położnych, przy okazji dyskryminując i różnicując wewnętrznie te grupy zawodowe.

Odrębnym problemem jest brak aktualnych regulacji prawnych obejmujących kompetencje wynikające z zatwierdzonych programów kształcenia podyplomowego, które ma zawierać uszczegółowienie nowych kompetencji pielęgniarek i położnych. Bez tego projektu, trudno ustalić prawdziwy sens rządowej propozycji zmian w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej.

Z tych wszystkich względów, w opinii Forum Związków Zawodowych, przedłożony projekt stanowi jedynie element ewentualnych zmian systemowych, bez których staje się jedynie nieudolną próbą odciążenia lekarzy kosztem zwiększenia obowiązków pielęgniarek i położnych, jego zapisy w obecnej formule są w ocenie FZZ niewłaściwe i niewystarczające.

Przewodniczący
Forum Związków Zawodowych
Tadeusz Chwałka

Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, mają mieć, według projektu, prawo ordynowania leków i samodzielnego wypisywania recept na lekarstwa o określonym składzie, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe (...) Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, mają mieć również prawo wypisywania recept i zleceń na: środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, określone wyroby medyczne, pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w danym zakresie.

IV SZCZYT EUROPEAN BIOSAFETY NETWORK

Czy personel medyczny ma bezpieczne warunki pracy? Czy rzeczywiście jest bezpiecznie?

Od maja 2013 r. obowiązuje w całej UE dyrektywa 2010/32/UE, której celem jest poprawa warunków pracy w placówkach zdrowia m.in. poprzez zapobieganie zranieniom ostrymi narzędziami.

Z dniem 27 czerwca 2013r. weszło w życie nowe rozporządzenie dotyczące procedur bezpieczeństwa przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Z badania przeprowadzonego przez Europejską Federację Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN) wśród ok. 7 tys. pracowników ochrony zdrowia w całej Europie wynika, że ponad 40 proc. z nich doznało zranienia używaną igłą podczas wykonywania swojej pracy.

„Respondenci wskazywali na brak ocen ryzyka w miejscu pracy, a bez tego trudno mówić o skutecznym zapobieganiu pewnym zdarzeniom. Nie znając źródła zagrożenia nie uda się wyeliminować przypadków ekspozycji. Problemem jest też niezadawalająca świadomość personelu narażonego na takie zdarzenia oraz praca na sprzecznej niskiej jakości”.

W Unii Europejskiej co roku ma miejsce około 1,2 mln zakażeń igłami w związku z wykonywaną pracą personelu medycznego. W Polsce takich przypadków – według danych resortu zdrowia - jest około 37 tys. rocznie.

Zdaniem środowiska, zjawisko to może być powszechniejsze – szacuje się, że około 20 proc. przypadków zranień, które wiążą się z ryzykiem zakażenia, nie jest w ogóle zgłaszanych przez pracowników służb medycznych.

Pani Dorota Kilańska z Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego podkreśla: „Pracownik medyczny tak jak każdy inny pracownik, żeby bezpiecznie pracować potrzebuje odpowiednich narzędzi. Jeżeli nie możemy tego zapewnić, dochodzi do sytuacji, w których pracownicy medyczni ulegają zranieniom. Koszty ich leczenia są bardzo wysokie, państwu powinno więc zależeć na tym, aby zadbać o pracowników, którzy opiekują się innymi ludźmi”

DYREKTYWA 32/2010/UE – JAKIE ROZWIĄZANIA PRZYJĘŁA POLSKA?

Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, to akt wdrażający do polskiego porządku prawnego dyrektywę 2010/32/EU w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej. Jego przepisy obejmują pracowników, pracujących pod kierownictwem lub nadzorem pracodawców w sektorze opieki zdrowotnej, zarówno pracujących w rozumieniu przepisów prawa pracy, jak również na podstawie umów cywilno-prawnych, za pośrednictwem agencji pracy czasowej, a także stażystów, praktykantów, uczniów, studentów szkół medycznych oraz wolontariuszy uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

DOSTĘPNOŚĆ BEZPIECZNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO

Pracodawcy zostali zobligowani do stosowania wszelkich dostępnych środków eliminujących zranienia ostrymi narzędziami oraz do zapewnienia dostępu do sprzętu chroniącego przed zranieniem. Dodatkowo, pracodawcy są zobowiązani do przeprowadzania oceny ryzyka nie rzadziej niż raz na 2 lata, w której muszą uwzględnić ocenę dostępności personelu do rozwiązań chroniących przed zranieniem. Jeżeli następują zmiany na stanowisku pracy, które mają istotne znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika – ocena taka powinna być przeprowadzona dodatkowo. Rozporządzenie wprowadza również bezwzględny zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia. Ten rodzaj nieuświadomionego zachowania personelu medycznego często bywa przyczyną zranień. Wnioski wyływające z przeprowadzonej oceny ryzyka powinny być na bieżąco uwzględniane przez pracodawców w procedurach bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami.

Ich opracowanie i aktualizowanie należy realizować przy współudziale przedstawicieli pracowników uwzględniając jednocześnie postęp techniczny. Dodatkowo, co ważne, na pracodawcę zostały nałożone obowiązki dotyczące informowania o sposobach zapobiegania zranieniom, unikania „kultury obwiniania pracownika”, promowania dobrych praktyk oraz niezwłocznego wdrożenia procedury poekspozycyjnej. Pracodawca został również zobligowany do wprowadzenia systemu szkoleń w zakresie postępowania poekspozycyjnego i zgłaszania zranień.

WYKAZ ZRANIEŃ I RAPORTY

Rozporządzenie wprowadza, postulowane przez środowisko pielęgniarskie, przepisy dotyczące prowadzenia wykazu zranień. Tym samym umożliwia standaryzację procesu zgłaszania pracodawcy takich przypadków we wszystkich placówkach ochrony zdrowia. Pracownicy, którzy ulegli zranieniu są zobowiązani do zgłoszenia takiego zdarzenia pracodawcy lub osobie odpowiadającej w zakładzie pracy za bezpieczeństwo i higienę pracy. Pracodawcy są zobowiązani do opracowywania raz na pół roku specjalnego raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Pierwszy taki raport powinien być sporządzony do 28 lutego 2014 roku. Istotne jest, że pracownicy będą mieli możliwość zapoznania się z jego treścią. Sankcje z tytułu naruszenia przepisów rozporządzenia są regulowane przez Kodeks Pracy.

Zgodnie z art. 283 § 1 Kodeksu pracy za nieprzebranie przepisów lub zasad bezpieczeństwa i higieny pracy osoby, które są odpowiedzialne za bezpieczeństwo i higienę pracy, podlegają karze grzywny od 1000 do 30 000 zł. Karę taką mogą nałożyć organy kontrolne, jakimi są Inspekcja Pracy lub Inspekcja Sanitarna.

POŁOŻNA A WSPÓŁCZESNE PRAWO

Regulacje prawne zostały stworzone nie po to, aby utrudniać funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia lecz po to, by chronić nas przed ryzykownymi sytuacjami i zdarzeniami zawodowymi.

Ignorantia iuris nocet (łac. niezajomość prawa szkodzi) to jedna z podstawowych zasad prawa, wywodząca się z prawa rzymskiego. Oznacza ona, że nikt nie może zasłaniać się tym, iż zachował się niezgodnie z normą dlatego, że nie wiedział o jej istnieniu.

Prawo to system zasad i reguł postępowania, ustanowionych w określonej procedurze i publicznie ogłoszonych przez organy władzy państwowej, których przestrzeganie jest zapewnione poprzez groźbę użycia siły przez państwo.

Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej i rodzaje odpowiedzialności określają następujące akty prawne:

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
- Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej (uchwała IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r.)
- Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o Działalności leczniczej (Dz.U. 2011.112.654)
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej
- Kodeks pracy
- Kodeks postępowania karnego
- Kodeks postępowania cywilnego
- Ustawa z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- (Dz. U. nr 52, poz. 417) wprowadzona ustawą z dnia 24.04. 2009 r. (Dz. U. nr 76 poz. 641)

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej to nadrzędny akt prawny, który wyznacza zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności pielęgniarek i położnych oraz stanowi ramy, w których powinny mieścić się wszystkie inne szczegółowe regulacje dotyczące wykonywania zawodów.

Rozdział 1

- art. 2 stwierdza samodzielność zawodów,
- art. 4 i 5 określa działania uznawane za wykonywanie zawodów,
- art. 6 deleguje prawo MZiOS do określenia świadczeń wykonywanych samodzielnie bez zlecenia,

Rozdział 2 – określa zasady wykonywania zawodów.

Rozdział 3 – określa sposoby uzyskiwania kwalifikacji i uprawnień do wykonywania zawodów.

Rozdział 4 poświęcony jest rejestrowi pielęgniarek i położnych oraz określa zaświadczenia stwierdzające, że pielęgniarka lub położna posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej

- art. 12 obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami,

- art. 16 obowiązek informowania pacjenta o jego prawach i udzielanie informacji dotyczących jego stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do sprawowania opieki pielęgniarskiej oraz obowiązek prowadzenia dokumentacji – obserwacja stanu zdrowia, przebieg procesu pielęgnowania i wykonanie zleceń lekarskich,

- art. 15 świadome wykonywanie zleceń lekarskich.

Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych określa, że pielęgniarki i położne za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu odpowiadają przed sądami pielęgniarek i położnych. Kwestii odpowiedzialności zawodowej poświęcony jest rozdział 6.

Sąd pielęgniarek i położnych może orzec jedną z kar:

- upomnienie,
- naganą,
- karę pieniężną,
- zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych od 1 roku do 5 lat,
- zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat,
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat,
- pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Rejestr ukaranych pielęgniarek i położnych jest jednym z ogólnopolskich rejestrów prowadzonych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych i gromadzony w systemie teleinformatycznym. Rejestr jest jawny dla osób, które wykażą interes prawny.

Usunięcie zapisu z rejestru ukaranych następuje z urzędu:

- 1 rok od uprawomocnienia kary upomnienia,
- 3 lata od uprawomocnienia kary nagany,
- 3 lata od zakończenia kary zakazu pełnienia funkcji kierowniczych,
- 5 lat od zakończenia kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- po 15 latach usuwa się wpis o pozbawieniu prawa wykonywania zawodu.

Pielęgniarki i położne podlegają regułom prawnym i moralnym funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności, a za swoją działalność ponoszą odpowiedzialność.

Karna, cywila, służbowa, zawodowa... to różne rodzaje odpowiedzialności pielęgniarki i położnej w związku z wykonywaną pracą.

Odpowiedzialność karna związana jest z naruszeniem przez sprawcę zasad zapisanych w prawie obowiązującym społeczeństwo. Konsekwencje i postępowanie w razie naruszenia tych zasad określa Kodeks Karny. Sankcje karne to nałożenie grzywny, zakazu wykonywania zawodu, lub skazanie na pozbawienie wolności.

Odpowiedzialność cywilna to obowiązek wynagrodzenia wyrządzonej szkody lub straty przez jej sprawcę. Ma ona charakter majątkowy. Regulacje prawne zawarte są w Kodeksie Cywilnym.

Odpowiedzialność służbowa stanowi zobowiązanie pracownika do wykonywania zadań określonych przez pracodawcę i ponoszenia odpowiedzialności za działania w tym zakresie.

Odpowiedzialność materialna określona przez Kodeks Pracy to konieczność ponoszenia przez pracownika konsekwencji za szkodę wyrządzoną zakładowi pracy.

Odpowiedzialność zawodowa to obowiązek moralny lub prawny ponoszenia konsekwencji za wykonane osobiście lub poleczone innej osobie do wykonania czynności zawodowe lub za ich zaniedbanie bądź zaniechanie.

Jest związana z przynależnością do określonej grupy zawodowej i wiąże się z interpretacją przyjętych przez tę grupę norm określonych między innymi w kodeksie deontologicznym.

Na uwagę zasługuje człon przytoczonej definicji: „wykonane... lub poleczone innej osobie do wykonania czynności...” Jest to wskazanie na odpowiedzialność kadry kierowniczej za przydzielanie zadań właściwym pracownikom i tworzenie warunków do ich realizacji.

Odpowiedzialność zawodową ponoszą pielęgniarki i położne za:

- zawinione naruszenie zasad wykonywania zawodu,
- naruszenie przepisów regulujących wykonywanie zawodu,
- postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej,
- naruszenie praw pacjenta.

Sprawy odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych rozpatrują Okręgowe Sądy i Naczelny Sąd. Pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność za: realizowanie opieki na możliwie najwyższym poziomie i z zastosowaniem właściwych metod, ochronę zdrowia i bezpieczeństwo pacjenta,

informowanie pacjenta o zakresie realizowanej opieki pielęgniarskiej, uzyskanie zgody na proponowany program pielęgnowania, zapewnienie pacjentowi w czasie pielęgnowania warunków zachowania intymności, poszanowania wolności i godności osobistej, zachowanie tajemnicy zawodowej.

Należy pamiętać, że **uchyleniem tajemnicy zawodowej** jest każde udzielenie informacji przez telefon bez względu na to komu się tą informację przekazuje i jaka jest jej etiologia udzielania.

Wyróżniamy następujące rodzaje winy:

- umyślna – sprawca ma zamiar popełnić czyn zabroniony lub przewidując możliwość popełnienia czynu zabronionego, na to się godzi;
- nieumyślna – sprawca ma świadomość nastąpienia bezpośredniego skutku, lecz przypuszcza, że go uniknie (lekkoomyślność) lub przewiduje możliwość popełnienia czynu zabronionego, chociaż mógł i powinien go przewidzieć (niebalbactwo).

Najczęstsze przyczyny wykroczeń zawodowych powodowane są:

- niedostatkami wiedzy i umiejętności profesjonalnych,
- przekroczeniem kompetencji – asysta do operacji,
- rutynowym podejściem do pacjenta,
- brakiem wiedzy i świadomości zachowań etycznych,
- zaburzeniami współpracy pomiędzy lekarzami, pielęgniarkami, położnymi i innymi pracownikami medycznymi,
- brakiem jasno sprecyzowanych obowiązków na stanowisku pracy,
- przyjmowaniem na siebie wielu obowiązków ze świadomości niemożliwości ich wykonania,
- „ślepy” przestrzeganiem regulaminu, a nie patrzeniem przez pryzmat stanu zdrowia oraz praw pacjenta,
- obawą przed nietaską kierownictwa czy utratą pracy,
- niewłaściwą organizacją pracy i sposobem kierowania zespołem pielęgniarek i położnych,

- nieprzestrzeganiem formalnych reguł w wykonywaniu czynności zawodowych wobec pacjenta (brak rękawiczek, opatrunki, wenflony)

Najczęstsze przewinienia zawodowe pielęgniarek i położnych:

- podawanie leków bez zlecenia lekarskiego,
- niewłaściwa droga podania leków – i.v. zamiast s.c.,
- rutynowe, nieuprzejme podejście i traktowanie pacjentów,
- podanie leków w niewłaściwym stężeniu,
- podanie niewłaściwego leku,
- przekroczenie kompetencji zawodowych.

Przedmiotem skarg na pielęgniarki i położne są:

- naruszenie zasad etyki zawodowej (70%)

Odpowiedzialność zawodowa to obowiązek moralny lub prawny ponoszenia konsekwencji za wykonane osobiście lub poleczone innej osobie do wykonania czynności zawodowe lub za ich zaniedbanie bądź zaniechanie. Jest związana z przynależnością do określonej grupy zawodowej i wiąże się z interpretacją przyjętych przez tę grupę norm określonych między innymi w kodeksie deontologicznym. Na uwagę zasługuje człon przytoczonej definicji: „wykonane... lub poleczone innej osobie do wykonania czynności...”

- niewłaściwa pielęgnacja pacjentów (20%)
- błędnie wykonane zabiegi (10%)

Prawa pacjenta reguluje Ustawa z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. nr 52, poz. 417) wprowadzona ustawą z dnia 24.04. 2009 r. (Dz.U. nr 7 poz. 641)

Natomiast zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej z 2011 r. pacjent ma prawo do:

- udzielenia mu pomocy przez pielęgniarkę, położną, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami zawodowymi, w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12),
- uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o jego prawach (art. 16 ust. 1),
- uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o swoim stanie zdrowia, w zakresie związanym ze sprawowaną przez pielęgniarkę, położną, opieką pielęgniarską (art. 16 ust. 2),
- zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych przez pielęgniarkę, położną w związku z wykonywaniem zawodu (art. 17 ust. 1)

Noworodek jako pacjent szczególny

Noworodki są grupą, którą prawo traktuje w sposób wyjątkowy, z mocy prawa są podmiotem wszystkich praw pacjenta i tak samo korzystają ze wszystkich tych praw (są to te same prawa co mają osoby dorosłe!), a tylko niektóre przywileje są rozpatrywane za pośrednictwem rodziców i są to:

- dostęp do dokumentacji medycznej,
- wyrażanie zgody na świadczenia medyczne,
- prawo oświadczeń woli na przyszłość

Definicja **noworodka** w świetle prawa znacząco różni się od definicji medycznej.

Prawo uznaje płód za człowieka od momentu wystąpienia czynności skurczowej mięśnia macicy, prowadzącej do postępu porodu lub od momentu podjęcia decyzji o cięciu cesarskim, dlatego w świetle prawa jeszcze wewnątrzmacicznie płód staje się noworodkiem.

Prawo nie uzależnia bycia noworodkiem od tygodnia urodzenia. W świetle prawa noworodkiem jest się do ukończenia 27 dnia życia.

Błędne prowadzenie porodu jest przez prawo traktowane jako zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego, stąd sądy przyjmują skargę jako spowodowanie zagrożenia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (przewidywany wyrok za to działanie to nawet 10 lat pozbawienia wolności!).

Przedawnienie – jeśli wcześniej nie zaskarżą nas rodzice – ulega po 2 latach od uzyskania przez dziecko pełnoletniości. Przedawnienie w innych przypadkach zaniedbań i błędów nie ma miejsca w ogóle, np. nawet po 30 latach można skarżyć daną osobę za zaniedbanie.

Przedawnienie ma miejsce dopiero wówczas kiedy rozpoznaje się błąd i nie jest on skarżony w ciągu 3 lat.

Art. 4461 Kodeksu cywilnego
Z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem.

W związku z prawem kobiety do podjęcia świadomej decyzji o urodzeniu dziecka powstały nowe roszczenia. Są to:

- wrongful conception
- wrongful birth
- wrongful life

Tego typu roszczenia są to przede wszystkim dochodzenia w Stanach Zjednoczonych, Europie Zachodniej, ale i w Polsce miały już miejsce pierwsze procesy.

Wrongful conception tłumaczone jest jako „niechciane” lub „złe poczęcie” i dotyczy sytuacji, w której szpital swoim zawinionym postępowaniem doprowadził do urodzenia dziecka. Dziecko jest zdrowe, ale nieplanowane, np. źle przeprowadzony zabieg sterylizacji, w wyniku czego doszło do poczęcia.

W przypadku **wrongful birth**, tłumaczonego jako „nie-dobre urodzenie”, lekarz poprzez swoje zawinione działanie doprowadził do urodzenia dziecka z wadami. Rodzice zostali pozbawieni prawa do decydowania, czy chcą, aby dziecko urodziło się chore, czy gdyby wiedzieli o wadach zdecydowali by się na przerwanie ciąży.

Ostatnie roszczenie **wrongful life** – „złe życie” jest to odszkodowanie tytułem naprawienia szkody, zwrotu wydatków poniesionych w związku z ciążą, zwrotu kosztów leczenia i utrzymania niepełnosprawnego dziecka.

W Polsce sądy nie rozpatrywały jeszcze takiego przypadku.

Komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych

Na gruncie nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, powstały wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Komisje te działają przy wszystkich Urzędach Wojewódzkich i rozpoczęły pracę od stycznia 2012 roku.

Ustawa z dnia 28.04.2011r. nowelizująca ustawę z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2011r nr 11, poz. 660)

Wojewódzkie komisje orzekają na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź spadkobiercy o zdarzeniu medycznym.

Konsekwencją takiego orzeczenia jest możliwość wypłaty na rzecz poszkodowanego – odszkodowania i zadośćuczynienia.

Nowa regulacja przewiduje limity przyznawanych odszkodowań i zadośćuczynienia – 100 000 zł w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia i 300 000 zł w przypadku śmierci.

Czas na wniesienie wniosku do komisji to rok od chwili, kiedy pacjent dowiedział się o zdarzeniu, jednakże maksymalnie 3 lata od zdarzenia.

Zdarzenie medyczne

Pojęcie to oznacza: zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie, albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,



- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Zdarzenie niepożądane

(znaczenie szersze) pojęcie błędu poszerzone o udział czynników zewnętrznych:

- zła organizacja pracy,
- brak wsparcia ze strony doświadczonych pracowników,
- brak reakcji na sytuacje alarmowe,
- niedbalstwo, lekkomyślność,
- zakłócenia w komunikacji interpersonalnej,
- warunki pracy – przestrzeganie przepisów BHP

Odpowiedzialność pielęgniarek i położnych w zakresie dokumentowania świadczonej opieki.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. określa rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając rodzaje podmiotów udzielających świadczenia medyczne.

Rodzaje wpisów w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej:

- obligatoryjne (§ 4-8 ww. rozporządzenia)
- fakultatywne (powinny obejmować m.in. stany emocjonalne pacjenta, nietypowe zachowania pacjenta i jego rodziny, obraźliwe komentarze wobec personelu medycznego)

Poniżej przedstawiam kilka wybranych kasusów

Przypadek 1

Czy pacjentka ma prawo do cięcia cesarskiego na życzenie?

Pacjentka w ciąży donoszonej zgłosiła się do porodu z powodu odplynięcia płynu owodniowego i zażądała zakończenia ciąży cięciem cesarskim. Pod wpływem presji lekarz prze-

prowadził zabieg, wpisując w dokumentacji „cięcie cesarskie przeprowadzono na życzenie pacjentki”. W wyniku zabiegu doszło do uszkodzenia pęcherza moczowego. Pacjentka oskarżyła operatora o błąd w sztuce, polegający na wykonaniu zabiegu bez wskazań medycznych.

Czy istnieją świadczenia zdrowotne na życzenie?

Art. 6 u.p.p.

„Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”.

Art. 4 u.z.l.

„Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”.

Art. 11 u.z.p.p.

„Pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”.

Wniosek

Czy istnieją świadczenia zdrowotne na życzenie?

NIE.W przedmiotowej sprawie o zasądzeniu odszkodowania na rzecz pacjentki przesądził wpis lekarza w dokumentacji medycznej. Wpisanie przez osobę wykonującą zawód medyczny, że coś robi się na życzenie pacjenta nie wyłącza jej odpowiedzialności prawnej, bowiem osoby wykonujące zawód medyczny muszą działać zgodnie z aktualną wiedzą, a nie na życzenie pacjenta.

Przypadek 2

Poród rodzinny

Do szpitala zgłosiła się kobieta z ciążą donoszoną w celu urodzenia pierwszego dziecka.

Jako osobą bliską wskazała swoją siostrę – położną z tego szpitala, która przebywała na urlopie wychowawczym.

Rodzając podano znieczulenie zewnątrzoponowe. Podczas przedłużającego się II okresu porodu (trwał już 50 minut), doszło do pęknięcia krocza oraz śluzówki odbytu pacjentki (pęknięcie IV stopnia). O sytuację obwiniono położną dyżurną, która tłumaczyła się, że nie nacięła krocza, bo miała zrobić to siostra rodzącej, która odbierała poród.

Czy położna dyżurna odpowiada za błąd położnej, która odbiera poród?

Art. 3.ust.1 pkt2 u.p.p.

„Osoba bliska – małżonka, krewnego, lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą w wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta”

Art. 21 u.p.p.

„Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska”

Wniosek:

Czy położna dyżurna odpowiada za błąd położnej, która odbiera poród?

W tym przypadku – tak. Co do zasady – nie.

W tej sprawie położna-dyżurna bezprawnie dopuściła położną-osobę bliską do udzielania świadczeń zdrowotnych i dlatego za to odpowiada.

Przypadek 3

Świadczenia na życzenie

Lekarz zlecił położnej (z ponad 10-letnim doświadczeniem i wykształceniem wyższym położniczym) zdjęcie szwów z rany pooperacyjnej. Położna wykonała zlecenie. Okazało się, że pacjentka choruje na astmę oskrzelową i wskutek częstego kaszlu doszło do rozejścia się rany pooperacyjnej i jej zakażenia. Pacjentka w związku z tym oskarżyła szpital i proces wygrała.

Art. 5 ust. 2 u.z.p.p.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych, „położna wykonuje przede wszystkim przez :

9) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji

10) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych”

§ 6 ust. 1 pkt 3 lit. p) r.s.s.

Położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie [...] świadczeń leczniczych obejmujących [...] zdejmowanie szwów z ran pooperacyjnych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego – zlecenie lekarza nie uchyła wymogu prawnego (nie zastępuje go).

Przypadek 4

Zakres informacji udzielanej przez położną

Na izbę przyjęć zgłosiła się kobieta we wczesnej ciąży z bólami brzucha. Lekarz wykonał USG, skierował pacjentkę na oddział z podejrzeniem ciąży ekotopowej. Pacjentka poprosiła o wyjaśnienie tego rozpoznania pracującą na oddziale położną. Położna udzieliła informacji, że w jej przypadku konieczne będzie usunięcie ciąży. Pacjentka po otrzymaniu tej informacji wypisała się ze szpitala na własne życzenie, gdyż z przyczyn religijnych odrzucała usunięcie ciąży. Po kilkunastu godzinach trafiła na oddział chirurgii, gdzie zoperowano ją z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Sąd orzekł, iż z winy położnej pacjentka znalazła się w tym stanie zdrowia i przyznał jej odszkodowanie.

Dlaczego położną obciążono skutkami autonomicznej decyzji pacjentki?

Art. 16 ust. 2 u.z.p.p.

• „Pielęgniarka, położna udziela pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej”

• Dlatego, że pacjentka podjęła tę decyzję na podstawie informacji udzielonej przez podmiot nieuprawniony. Gdyby tak samo postąpiła po uzyskaniu tej informacji od lekarza, wtedy – co do zasady-problem odpowiedzialności lekarza nie powstałby (o ile zachowałby on inne procedury udzielania informacji).

Przypadek 5

Odpowiedzialność za zlecenie

Zlecając podanie Clexane, lekarz wpisał drogę podania – i.v. Położna wykonała zlecenie, pacjentka weszła w stan wstrząsu anafilaktycznego, wymagała natychmiastowej resuscytacji.

W orzeczeniu sądowym obciążono szpital odszkodowaniem, stwierdzając błąd lekarza

i położnej.

Czy wykonanie błędnej decyzji lekarza może obciążyć położną?

Art. 15 ust. 3 u.z.p.p.

„W przypadku uzasadnionej wątpliwości pielęgniarka, położna ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia”.

Art. 12 ust. 2 u.z.p.p.

„ W wyjątkowych przypadkach pielęgniarka , położna ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie”.

Art. 11 u.z.p.p.

„Pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.”

Co do zasady nie może, niemniej istnieją takie sytuacje, w których zakres wiedzy lekarza

i położnej jest wspólny. W tym zakresie położna też odpowiada za wykonanie błędnej decyzji lekarza.

W tym przypadku może.

Powyższy artykuł chciałabym zakończyć ważnymi spostrzeżeniami, które w obecnym czasie mają ogromne znaczenie podczas wykonywania pracy pielęgniarki i położnej:

- Drastycznie ulegają pogorszeniu warunki pracy ze względu na zmniejszenie liczby pielęgniarek i położnych oraz zwalnianie personelu pomocniczego.

- Nie zawsze sprecyzowane są zakresy obowiązków pielęgniarek i położnych; niejednokrotnie zleca się pielęgniarkom i położnym wykonywanie czynności porządkowych i innych wykonywanych przez personel pomocniczy. Stan taki prowadzi do przeciążenia pracą oraz niemożności realizowania zadań w zakresie opieki nad pacjentem.

- Pracodawcy wycofują się z udziału w finansowaniu kształcenia i doskonalenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, co w przypadku niskich poborów tej grupy zawodowej nie jest możliwe kształcenie się na własny koszt. Powoduje to obniżenie jakości pracy i obniżenie poziomu wiedzy i kwalifikacji.

- Obserwuje się sytuacje pozostawiania na dyżurze jednej pielęgniarki z grupą kilkunastu pacjentów, co stanowi zagrożenie zarówno dla pacjentów, jak i pielęgniarek i położnych.

mgr położnictwa

Dorota Sikora

Członek Komisji Kształcenia

i Doskonalenia Zawodowego

Artykuł został napisany na podstawie materiałów zebranych z IV Konferencji Szkoleniowej „Położna a współczesne prawo”, która odbyła się 15-16 maja w Gdańsku oraz Konferencji „Położna w systemie prawnym”, w której uczestniczyłam 3 czerwca w Wałbrzychu.

XII KONGRES PIELĘGNIAREK POLSKICH

„Pielęgniarstwo na rzecz Milenijnych Celów Rozwoju”, Kraków 12–14.06.2014 r.

Wykłady odbywały się w ramach sesji:

1. Przywództwo i zarządzanie w pielęgniarstwie
2. Bezpieczne środowisko pracy
3. Badania naukowe i postęp w pielęgniarstwie
4. Kształcenie i rozwój zawodowy pielęgniarzek
5. Etyka, odpowiedzialność, samodzielność oraz
 - warsztaty z zakresu pielęgnowania dostępu naczyniowego; obsługi portów naczyniowych;
 - zastosowania pomocy mechanicznych przy przemieszczaniu pacjentów.

Ze względu na bardzo obszerną treść oraz fakt, iż wykłady odbywały się w 3 aulach jednocześnie, nie można było uczestniczyć we wszystkich proponowanych zajęciach.

Poniżej przedstawiamy streszczenie tematów, które dla nas były szczególnie interesujące.

SESJA STUDENCKA – 14 CZERWCA 2014 R.

Aleksandra Szwabowska – studentka pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie.

Tytuł sesji: Przyczyny i skutki raportowania w whistleblowing'u.

Whistleblowing – z ang. oznacza „dmuchanie w gwizdek”, w praktyce jest to ujawnienie przez pracownika **whistlebwer'a** niemoralnych, nieetycznych bezprawnych praktyk dokonywanych w miejscu pracy. W pielęgniarstwie pielęgniarka zgłasza przełożonemu wydarzenia, które uważa za złe, negatywne bądź nieetyczne w odniesieniu do sprawowanej opieki nad pacjentem. Chodzi tu o takie wydarzenia jak:

- nieprzestrzeganie Regulaminu pracy,
- łamanie Praw Pacjenta przez personel medyczny,
- błąd medyczny np. podanie złego leku, dawki leku
- zaniedbywanie pacjentów przez pielęgniarkę,
- fałszowanie lub nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta np. karty obserwacji,
- wykorzystywanie przez pielęgniarkę materiałów szpitalnych- ksero, papier, telefon, leki, sprzęt do prywatnych działań,
- wszystkie działania, które obniżają jakość opieki wobec pacjenta.

Whistleblownig'u nie powinno się traktować jako donosiicielstwa. Jednak pielęgniarki mają dylemat – czy zgłosić problem przełożonemu kierując się dobrem pacjenta i ryzykując

niezrozumienie ze strony innych pielęgniarzek. Na temat tego zjawiska w Polsce zostały przeprowadzone badania, w wyniku których zostały wysunięte następujące wnioski:

- pielęgniarki uważają, że powinno się zgłaszać problemy w miejscu pracy,
- pielęgniarki boją się mówić przełożonym o problemach w miejscu pracy, dlatego powinny być bardziej uświadamiane o swoich prawach i obowiązkach,
- w szpitalach powinno się dążyć do stworzenia przyjaznej atmosfery w której pielęgniarki czułyby się bezpiecznie informując o nieprawidłowościach
- pielęgniarki powinny być chronione i wspierane, kiedy mają dylemat czy zastosować whistleblowing
- powinien funkcjonować Program informujący o whistleblowing'u.

Marek Wojczyk – licencjat pielęgniarstwa, student studiów uzupełniających magisterskich Pielęgniarstwa, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Tytuł sesji – Czy pielęgniarstwo może być atrakcyjne dla mężczyzny? Analiza pozycji pielęgniarza w polskim systemie ochrony zdrowia.

W 2013 roku według CBOS prestiż zawodu pielęgniarstwa kształtował się na 6 miejscu, natomiast zawód lekarza na 8 miejscu. W 2011 roku Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych stwierdziła, że pielęgniarzy w Polsce jest 4620 tyś. co stanowi 2% odsetek pracowników w dziedzinie pielęgniarstwa, średnia wieku 39,5 lat. Najczęściej pracują na Oddziałach Anestezjologii, Oddziałach Ratunkowych czy też Oddziałach Psychiatrycznych. Szacuje się, że w 2035 roku będzie 4% odsetek pielęgniarzy w Polsce. Niski prestiż zawodowy oraz warunki finansowe nie przekonują przeciętnego abiturienta do zostania pielęgniarzem. Pielęgnacja kojarzona jest z naturalną rolą kobiety, bywa uważana za atrybut antymęskości. Pielęgniarka to osoba opiekuńcza, empatyczna, łagodna i uległa, uczuciowa, natomiast pielęgniarz to osoba niezależna, agresywna, stanowcza i racjonalna. Według badań najlepszą pielęgniarką była by osoba - **Płeć Androgyniczna**, czyli osoba, która posiada cechy żeńskie i męskie odpowiednie dla zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza. Według pacjentów pielęgniarz kieruje pracą pielęgniarzek. Pacjenci czują się bezpieczniej widząc na palcu pielęgniarza obrączkę. Pielęgniarki uważają, że pielęgniarstwo wybrał bo nie dostał się na studia medyczne- to niespełniony lekarz.

Co przemawia za tym, że tak mało jest mężczyzn pracujących w tym zawodzie:

- panują stereotypy, że jest to zawód kobiecy,
- niskie zarobki,
- brak promocji zawodu,
- brak atrakcyjności zawodu.

Ogólna analiza nastawienia środowiska pielęgniarzek- kobiet, samych pielęgniarzy, pacjentów oraz całego społeczeństwa pozwala wysunąć tezę, że niewielu chętnych mężczyzn znajdzie się w najbliższej przyszłości w zawodzie pielęgniarza.

SESJA – BADANIA NAUKOWE W PIELĘGNIARSTWIE 14 CZERWCA 2014 R

Nowoczesna metoda hipotermii przy zastosowaniu Olympic Cool – Cap – aspekty praktyczne

Robert Walenciuk – mgr położnictwa, Klinika Patologii, Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Streszczenie

Niedotleniowo-niedokrwiennie uszkodzenie centralnego układu nerwowego u noworodka to długotrwały i wieloetapowy proces. Zmiany w obrębie mózgu zaczynają się już w momencie długotrwałego działania czynnika powodującego uraz. W pierwszym etapie następuje uszkodzenie istoty szarej, w kolejnym białej. Zastosowanie hipotermii w ciągu pierwszych 6 godzin w znacznym stopniu zmniejsza lub ogranicza uszkodzenia mózgu. Niedotlenienie jest najczęstszą przyczyną zgonów oraz uszkodzeń układu nerwowego, jak również innych narządów noworodka.

W sytuacji, gdy dojdzie do działania czynnika działającego destrukcyjnie na centralny układ nerwowy noworodka ważne jest jak najszybsze zastosowanie środków neuroprotektynnych.

System Olympic COOL-CAP jest najlepiej poznaną metodą selektywnego chłodzenia mózgu noworodka. Chłodzenie mózgu odbywa się za pomocą czapki chłodzącej, w której przepływa płyn obniżający ciepłotę centralnego układu nerwowego do 33 C (hipotermia umiarkowana).

Niezwykle ważną rolę w procesie opieki nad pacjentem leczonym zimnem pełni położna (pielęgniarka). To ona, przebywając cały czas z pacjentem odpowiada za optymalny proces leczenia. Dbając o prawidłową ciepłotę ciała, obserwuje stan skóry, kontroluje parametry życiowe i jako pierwsza reaguje na nieprawidłowości, które mogą wystąpić w przypadku leczenia „zimnem”. Dlaczego tak ważna jest znajomość standardu postępowania z noworodkiem, u którego zastosowano tę metodę neuroprotekcji? Otóż, już sam moment kwalifikacji do zastosowania selektywnego chłodzenia wymaga od personelu wdrożenia procedury przy-

gotowawczej pacjenta, nim zostanie on odtransportowany do ośrodka posiadającego system chłodzenia centralnego układu nerwowego.

Autor powyższej prezentacji pracuje w oddziale, w którym stosowana bywa nowoczesna metoda selektywnego chłodzenia. Wystąpienie było urozmaicone zdjęciami dzieci poddawanymi metodzie System Olympic COOL-CAP.

Wiodąca rola pielęgniarki/położnej w opiece nad dzieckiem kolodionowym (Colodion Baby)

Anna Tkaczyk – mgr pielęgniarstwa; pielęgniarka oddziałowa, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Streszczenie

Wstęp. Dziecko kolodionowe (colodion baby) – jest to rzadka postać wrodzonej rybiej łuski. Dziedziczona jest w sposób autosomalny recesywny i występuje rzadziej niż na 100 000 noworodków. Zwykle po urodzeniu dziecko pokryte jest ściśle przylegającą, lśniąca, błoną, przypominającą pergamin, która następnie ulega złuszczeniu. U dzieci kolodionowych stwierdza się wywinięcie powiek zarówno górnych jak i dolnych, spłaszczenie uszu i nosa oraz unieruchomienie

warg rozchylonych w kształcie litery O. Włosy mogą być nieobecne lub przebijać się przez nawarstwienia rogowe. Błona pęka przy pierwszych ruchach oddechowych i wkrótce po urodzeniu zaczyna złuszczać się płatami. Całkowite usunięcie błony może nastąpić po kilku tygodniach właściwej pielęgnacji i ogniskowo może powstawać nowa błona.

Chorobowość i umieralność noworodków może wiązać się z zakażeniem skóry, zakażeniem uogólnionym, zachyłkowym zapaleniem płuc, odwodnieniem z hipernatremią wskutek znacznej utraty płynów przez skórę. Przebieg i rokowanie są trudne do przewidzenia, ponieważ w niektórych przypadkach rozwija się rybia łuska o bardzo ciężkim przebiegu.

Cel. Celem prezentacji jest przedstawienie zaleceń dotyczących profesjonalnej pielęgnacji noworodka i doświadczenia, które zdobyliśmy podczas opieki nad noworodkami przyjętymi z ośrodków i szpitali, w których dzieci się urodziły. Omówione będą obowiązujące zalecenia

do prowadzenia profesjonalnej pielęgnacji noworodka z ciężką postacią rybiej łuski.

Materiał i metoda. Klinika Neonatologii, Patologii Intensywnej Terapii Noworodka w IPCZD jest jednym z nielicznych oddziałów na terenie kraju, do których przyjmowani są pacjenci z omawianym schorzeniem. Przedstawiony będzie chłopiec, który po dwumiesięcznej hospitalizacji, w stanie zdrowia ogólnie dobrym został wypisany do domu. Uniknięto uogólnionego zakażenia jak również innych ciężkich powikłań. Należy podkreślić, że dzięki profesjonalnej opiece przez Panie

Niedotleniowo-niedokrwiennie uszkodzenie centralnego układu nerwowego u noworodka to długotrwały i wieloetapowy proces. Zmiany w obrębie mózgu zaczynają się już w momencie długotrwałego działania czynnika powodującego uraz. W pierwszym etapie następuje uszkodzenie istoty szarej, w kolejnym białej. Zastosowanie hipotermii w ciągu pierwszych 6 godzin w znacznym stopniu zmniejsza lub ogranicza uszkodzenia mózgu. Niedotlenienie jest najczęstszą przyczyną zgonów oraz uszkodzeń układu nerwowego, jak również innych narządów noworodka.

pielęgniarki/ położne osiągnięto sukces. Podczas prezentacji przedstawione były zdjęcia noworodka – rodzice dziecka wyrazili zgodę na ich publikację.

Wnioski. Przy realizacji proponowanych, niezbędnych założeń możliwe jest leczenie noworodków z **Rybią Łuską** w szpitalach, w których odbył się poród, o niższym stopniu referencyjności. Profesjonalna, wysoka jakość pielęgnacji noworodka z przestrzeganiem wypracowanych standardów pozwoliła uniknąć ciężkich powikłań, w tym zagrażającym życiu. Opieka nad dzieckiem kolodionowym wymaga bardzo dużo czasu i zaangażowania, które zapewniał przede wszystkim personel pielęgniarsko-położniczy.

W powyższym wystąpieniu prelegentka zwróciła uwagę na szczególną rolę pielęgniarek/ położnych, ich doświadczenie, rzetelność i sumienność w sprawowaniu opieki nad dzieckiem z rybią łuską.

Zamknięty system do kontrolowanej zbiórki stolca – nowoczesna metoda pielęgnacji pacjenta z biegunką.

Joanna Rudek – mgr pielęgniarstwa, Szpital Uniwersytecki, Klinika Alergii i Immunologii, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Kraków

Streszczenie

Wstęp. Biegunka stanowi częsty problem komplikujący leczenie pacjentów w warunkach szpitalnych, przyczynia się do pogorszenia ostatecznego wyniku leczenia. Pielęgnacja jest bardzo czasochłonna i kosztowna, wiąże się ze zużyciem dużej ilości materiałów medycznych.

Cel pracy. Przedstawienie praktycznych przykładów z zastosowaniem zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca. Ocena bezpieczeństwa stosowania zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca Flexi-Seal® CONTROL®.

Materiał i metody. Praca jest pracą poglądową. Przedstawia doświadczenia własne oraz przegląd piśmiennictwa zajmującego się problematyką biegunek oraz zasad postępowania mających na celu zmniejszenie ryzyka powstania powikłań związanych z nietrzymaniem stolca. Analizie poddano praktyczne zastosowanie zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca.

Wyniki. Najczęstszą przyczyną wstąpienia biegunki u obserwowanych pacjentów była reakcja na leki w tym środki przeczyszczające i antybiotyki, żywienie dojelitowe, infekcje bakteryjne. System zakładano w pierwszej dobie pojawienia się płynnych stolców. Najkrótszy czas stosowania to dwa dni, najdłuższy dwadzieścia dziewięć. System okazał się praktyczny, przyjazny dla personelu i pacjentów, efektywny, oszczędzający czas oraz koszty opieki.

Wnioski. Zamknięty system do kontrolowanej zbiórki stolca Flexi-Seal® CONTROL® jest skuteczny i bezpieczny dla chorego. Pozwala zapewnić pacjentom czystość, komfort i godność.

Skraca czas pracy personelu pielęgniarskiego, obniża koszty leczenia. Zmniejsza ryzyko uszkodzenia skóry, co jest szczególnie ważne w przypadku ryzyka powstania odleżyn.

W powyższym wykładzie autorka zwróciła uwagę na fakt, iż zamknięty system do kontrolowanej zbiórki stolca nie jest tani. Przedstawiła analizę porównawczą wydatków związanych z zastosowaniem powyższej metody i ogólnie przyjętych zasad pielęgnowania chorych z biegunką. Wniosek był następujący- pomimo wysokiej ceny zastosowanie nowoczesnej metody jest tańsze stosowanie metod tradycyjnych.

SESJA PLAKATOWA – 14.06.2014 R

Uporczywa terapia podtrzymująca życie pacjenta w świetle powstrzymania się od resuscytacji; dylematy etyczne, zagadnienia prawne – wyznaczenie granicy życia i śmierci.

Kinga Mital - Blok operacyjny, Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka.

Streszczenie

Kres ludzkiej egzystencji stanowi nieuchronnie śmierć. Proces umierania wiąże się z ustaniem funkcji mózgu i zatrzymaniem krążenia. Ostatnie tchnienie człowieka na toż samodzielną przestało jednak zależeć od niego samego. Wraz z rozwojem nowoczesnych technologii medycyna potrafi przedłużyć życie chorego, niestety fakt ten niesie za sobą szereg konsekwencji. Udane

próby resuscytacji osób terminalnie chorych i pacjentów pediatrycznych, których choroba nie rokuje całkowitego wyleczenia bądź wywołuje trwałe uszczerbek na zdrowiu, uniemożliwiający samodzielną egzystencję nie tylko przedłużają życie, wydłużają proces umierania, prowadząc niejednokrotnie do przetrwałego stanu wegetatywnego *Persistent Vegetative State* – PVS. Stajemy wówczas w obliczu tragedii, cierpi pacjent i jego rodzina. W czasach, gdzie coraz więcej uwagi poświęca się tematyce jakości życia należy zastanowić się głębiej nad zagadnieniem „umierania z godnością” i rozpocząć społeczną debatę nad ustawą o testamentie życia. Przedmiotem analizy w moim wystąpieniu będzie wyznaczenie medycznej granicy życia i śmierci. Etycznymi i prawnymi aspektami uporczywej terapii oraz stosowania protokołu o zaniechaniu resuscytacji *do not resuscitate* – DNR.

ORPiP w Wałbrzychu dziękujemy bardzo za możliwość wzięcia udziału i pokrycie kosztów w XII Kongresie Pielęgniarek Polskich.

Materiały są dostępne u autorki.

Monika Stanicka
Wałbrzych

Anna Sorota
Świdnica

XVII ZJAZD POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK EPIDEMIOLOGICZNYCH

W dniach 24–27 kwietnia 2014 roku w Wiśle odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa objęta patronatem Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego w ramach XVII Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych.

Tematyka Konferencji poświęcona była różnym aspektom prewencji zakażeń szpitalnych. W spotkaniu wzięły udział pielęgniarki epidemiologiczne z całej Polski oraz wielu zaproszonych gości i profesjonalistów, którzy stworzyli nam możliwość nie tylko poszerzenia swojej wiedzy na temat zakażeń szpitalnych ale także wymiany doświadczeń z wieloma wspaniałymi, bardzo zaangażowanymi w swoją pracę specjalistkami pielęgniarkami epidemiologicznymi.

Podczas konferencji omawiano wiele interesujących tematów m.in.;

„Substancje czynne, skuteczność, jakość i bezpieczeństwo preparatów do dezynfekcji rąk” – Andreas Arndt.

Preparaty przeznaczone do dezynfekcji higienicznej i chirurgicznej rąk zarejestrowane są w Polsce jako produkty lecznicze i biobójcze. Ich skład to najczęściej mieszanina alkoholi: etylowego i propylowego. Skuteczność biobójcza tych preparatów badana zgodnie z normą EN 1500 pozwala porównać ich skuteczność wobec różnych drobnoustrojów. Preparaty do dezynfekcji rak powinny być mieszaniną dwóch alkoholi o różnej długości łańcucha. Alkohol etylowy wykazuje skuteczność wobec wirusów bez otoczkowych ale jednocześnie doskonale inaktywuje bakterie i prątki, podczas gdy alkohol propylowy uzupełnia to spectrum działania o wirusy otoczkowe. Preparaty do dezynfekcji higienicznej i chirurgicznej rak powinny być komponowane w taki sposób aby ich spektrum działania było jak największe w jak najkrótszym czasie.

Przygotowanie instrumentarium – co nowego? – Bezpieczeństwo dezynfekcji narzędzi, odpowiedzialność, koszty – Marek Mrozek.

Manualne mycie i dezynfekcja narzędzi jest obecnie zastępowane myciem i dezynfekcją maszynową. Preparaty przeznaczone do maszynowej obróbki narzędzi także są wciąż udoskonalane. Doskonałe właściwości doczyszczające osady krzemianowe pozwalają na uzyskanie najbardziej efektywnej dezynfekcji oraz poprawiają wygląd narzędzi. Skuteczność mikrobójcza tych środków powinna być badana zgodnie z nor-

mami europejskimi. Sporo problemów przysparzają narzędzia ze światłem lub narzędzia będące elementem robota DA VINCI. Ich małe światło oraz niezwykle precyzyjna budowa utrudnia skuteczne mycie i dezynfekcje oraz sprawia że są to narzędzie bardzo wrażliwe na działanie środków myjących i dezynfekujących. Przy wyborze preparatów do maszynowego mycia i dezynfekcji należy wziąć pod uwagę nie tylko skuteczność dezynfekcji ale także jakość mycia oraz brak negatywnego wpływu preparatu na reprocessowane narzędzia.

Europejskie wytyczne postępowania w profilaktyce i zwalczaniu zakażeń miejsca operowanego – Marzena Korbecka-Paczkowska

Zapobieganie zakażeniom miejsca operowanego to obecnie najbardziej istotny problem szpitali. Odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego może istotnie wpływać na wystąpienie powikłań w obszarze rany pooperacyjnej. Ilość drobnoustrojów w miejscu nacięcia wpływa istotnie na skuteczność antyseptyki i częstotliwość występowania ZMO. Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego powinno obejmować antybakteryjną kąpiel pacjenta przed zabiegiem lub ewentualną eradykację nosicielstwa szczepów wielolekoopornych, dekontaminację jamy ustnej u pacjentów przygotowywanych do zabiegów w znieczuleniu ogólnym, dekontaminację przedsonka nosa oraz odpowiednią pielęgnację rany pooperacyjnej. Wykorzystywanie do tego celu dostępnych na rynku środków leczniczych, wyrobów medycznych i kosmetyków powinna być zgodna z polskim i europejskim prawem.

Odpowiedzialność prawna Szpitala za zakażenia szpitalne w świetle obowiązującej w Polsce legislacji – Małgorzata Serwach – Wydział Prawo i Administracji – Uniwersytet Łódzki

Liczne roszczenia pacjentów o zakażenia szpitalne stają się problemem finansowym zarówno szpitali jak i placówek świadczących inne usługi zdrowotne. Orzekanie na poziomie komisji wojewódzkich nie tylko ułatwia sprawę pacjentom ale także pozwala na skrócenie czasu trwania postępowania. Współcze-



śnie to szpital lub inna placówka świadcząca usługi zdrowotne musi udowodnić że zrobiła wszystko, aby nie doszło do zakażenia szpitalnego. Istotną rolę w procesie orzekania ma dokumentacja medyczna której treść może świadczyć na korzyść pacjenta. Koszty odszkodowawcze w tym trybie postępowania są mniejsze niż w przypadku roszczenia złożonego do sądu ale udowodnienie niedopełnienia procedur przez podmiot leczniczy jest dużo łatwiejsze dla pacjenta. Wiele przykładów orzecznictwa komisji wojewódzkich pokazuje iż roszczenia pacjentów powinny prowadzić do doskonalenia procedur i konsekwentnego ich przestrzegania.

Nowoczesne metody dekontaminacji powierzchni.

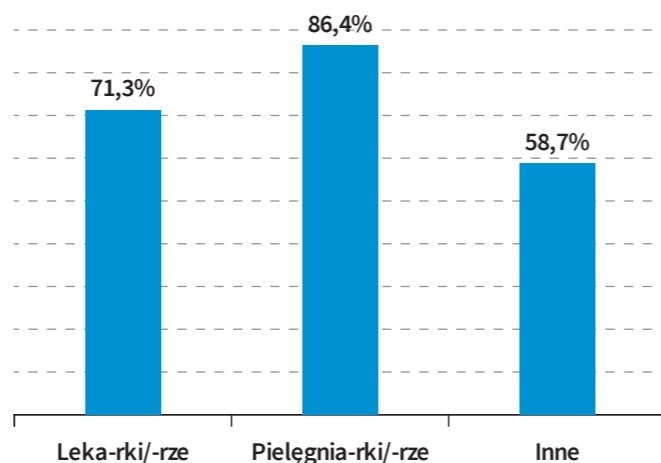
„Dezynfekcja fumigacyjna (zamgławianie)

Coraz częściej spotykamy się z problemem zakażeń szpitalnych m. In. wywołanych przez Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus, Clostridium difficile, Klebsiella pneumoniae, Rotavirusy, Norowirusy itp.

Wystąpienie ogniska epidemicznego wywołanego przez te drobnoustroje powoduje, że konieczne jest poświęcenie dużo czasu i środków na jego usunięcie.

Jednym z najważniejszych sposobów zapobiegania i walki z zakażeniami szpitalnymi jest właściwa dezynfekcja pomieszczeń i wyposażenia medycznego. Ponieważ jest wykonywana metodami manualnymi jej skuteczność i efektywność zależy oprócz skuteczności działania środków także od personelu. Spośród manualnych technik na szczególną uwagę zasługują myjąco – dezynfekujące środki do sporobójczej dezynfekcji średniego poziomu oparte na poliaminie i szeregu składników pomocniczych. Ich skuteczność potwierdzają przeprowadzone dla nich badania Fazy 2 Etapu 2 zgodnie z normą EN 1488. Jednak kontaminacja pomieszczeń może obejmować wiele elementów wyposażenia, w tym trudnodostępnych i o złożonej geometrii. Z tego względu obecnie istnieje pewien trend, aby procesy manualne uzupełnić metodami mniej złożonymi od staranności personelu. Najnowocześniejszymi rozwiązaniami w dziedzinie dekontaminacji są bezdotykowe systemy dezynfekcji pomieszczeń. Należą do nich systemy dezynfekcji fumigacyjnej generujące suchą mgłą lub gaz.

Procentowe zestawienie personelu noszącego odzież ochronną z krótkim rękawem wg grupy zawodowej



Jedną z prostszych technik jest tzw. Zamgławianie, czyli wprowadzenie środka dezynfekcyjnego do pomieszczenia w postaci drobnej mgiełki wielkości 6–10 mikronów. W technikach suchej mgły najszerzej stosowane są związki grupy nad-tlenowych takie jak: kwas nadoctowy, 5% nadtlenek wodoru z kationami srebra.

Dezynfekcja metoda fumigacji dociera do najdrobniejszych szczelin, miejsc trudno dostępnych, które bywają pomijane w standardowej dezynfekcji chemicznej techniką mycia – tylko po dezynfekcji fumigacyjnej środowisko jest całkowicie bezpieczne mikrobiologicznie dla pacjenta i personelu.

„ZAMKNIJ DRZWI ZAKAŻENIOM SZPITALNYM-WYNIKI OBSERWACJI PROCEDUR HIGIENY RĄK W POLSKICH PLACÓWKACH MEDYCZNYCH.”

- czas trwania kampanii – 1.12.2013 – 31.03.2014
- zasięg – placówki medyczne na terenie kraju

Cel kampanii szkoleniowo-edukacyjnej:

- inspirowanie i zachęcenie personelu medycznego do poszerzenia wiedzy na temat prawidłowej higieny rąk
- podniesienie poziomu bezpieczeństwa wykonywanych procedur w placówkach medycznych
- próba dokonania oceny z przygotowania personelu medycznego do procedur higieny rąk

Przebieg szkoleń w ramach kampanii szkoleniowo-edukacyjnej:

- wykłady prowadzone z zakresu prawidłowej higieny rąk

- udział chętnych osób w dezynfekcji rąk i sprawdzenie poprawności procedury przy użyciu lampy UV z kamerą
- uzupełnienie anonimowych formularzy poprawnej dezynfekcji przez koordynujący personel pielęgniarski

Przebieg szkoleń w ramach kampanii szkoleniowo-edukacyjnej, cd.:

- certyfikat zaświadcający o profesjonalnym przeszkoleniu z zakresu higieny rąk
- pakiet materiałów informacyjnych (schematy, notesy, tablice edukacyjne, naklejki, plakaty, ulotki)

Wyniki badań opracowano na podstawie następujących aspektów:

- ocenę poprawności wykonanej dezynfekcji dokonano przy użyciu urządzenia szkoleniowego Coucou Box, preparatu Aniosgel 85 NPC phosphorescent oraz obserwacji
- wypełniono jednakowe, anonimowe formularze poprawnej dezynfekcji rąk na terenie całego kraju
- uwzględnione kryteria porównawcze: grupa zawodowa, oddział szpitalny, region
- wyniki przedstawiono za pomocą wykresów, jako odsetek wszystkich odpowiedzi zanotowanych w formularzach

W ramach kampanii szkoleniowo-edukacyjnej „Zamknij drzwi zakażeniom szpitalnym” łącznie przeprowadzono 151 szkoleń w szpitalach na terenie 16 województw, w których wzięło udział 6008 uczestników, w badaniu uwzględniono 963 uzupełnione formularze na podstawie których otrzymano wyniki.



W badaniu wzięły udział:

- kobiety, które stanowiły 83% ankietowanych
- mężczyźni, którzy stanowili 15,3% ankietowanych
- formularze, które nie wskazywały na płeć ankietowanej osoby stanowiły tylko 1,7%

Poddane analizie zostały następujące grupy zawodowe:

- pielęgniarki/pielęgniarze
- lekarki/lekarze
- inne – rehabilitanci, laboranci, ratownicy medyczni, technicy rtg, opiekunowie medyczni, personel sprząający, itp.

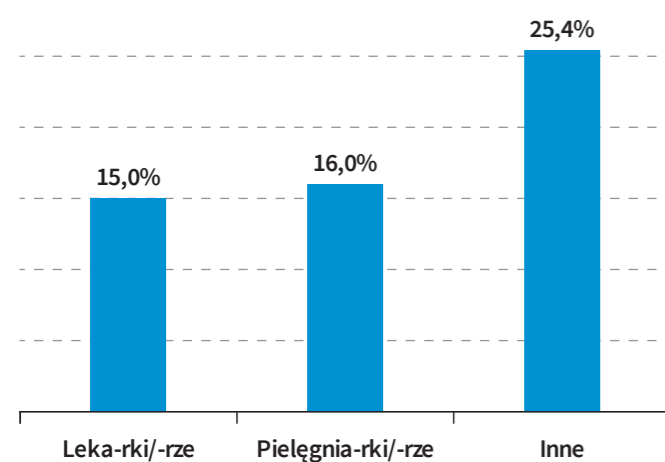
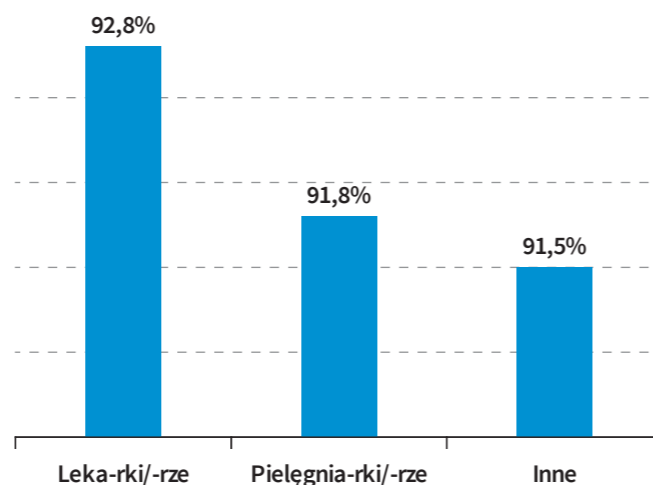
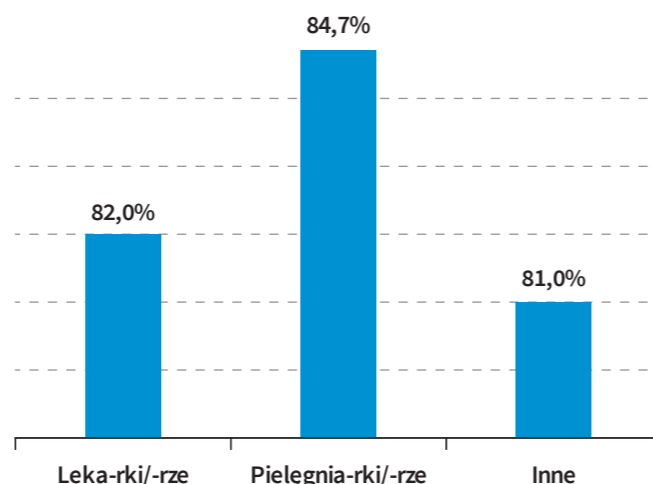
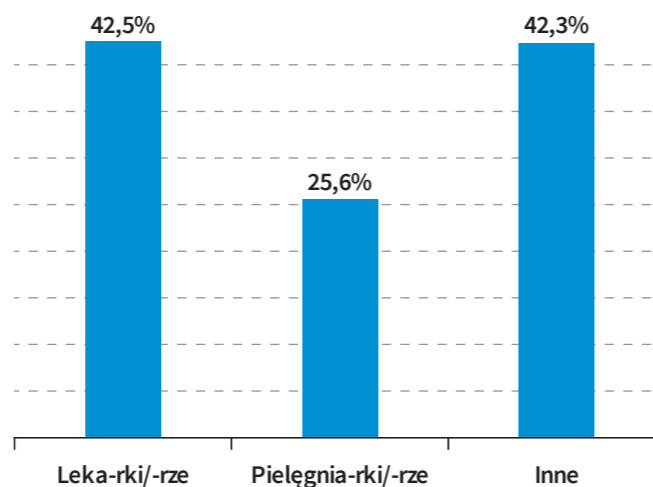
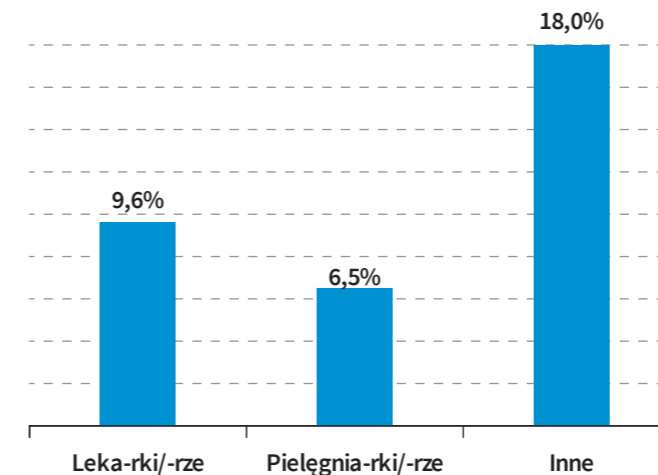
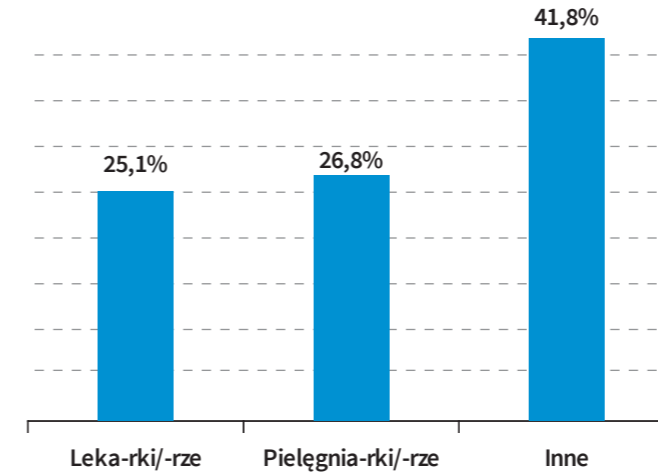
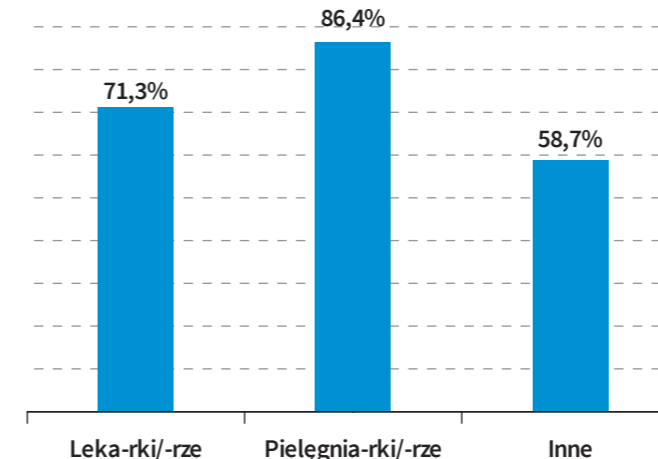
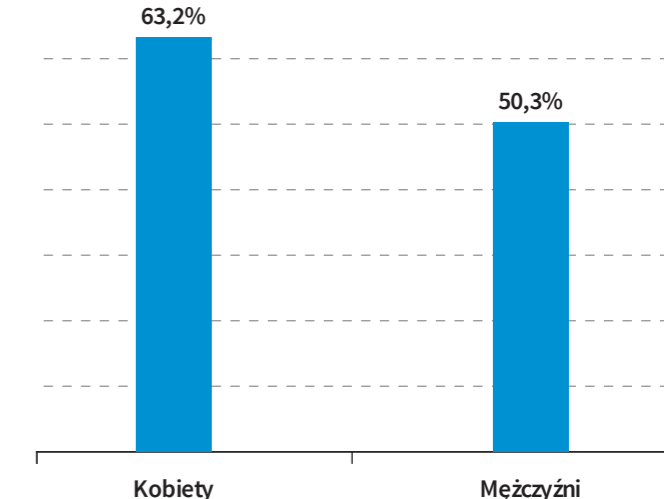
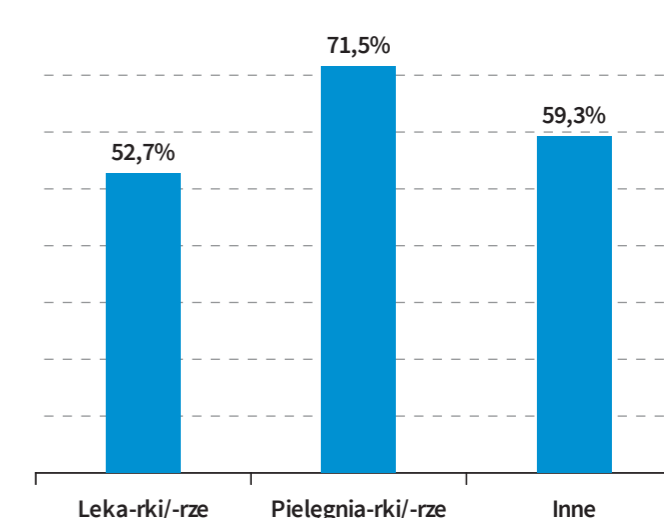
Ankietowani byli przedstawiciele personelu medycznego z następujących oddziałów:

- blok operacyjny
- intensywnej terapii
- intensywnej opieki medycznej
- chirurgiczny
- ginekologiczny
- neonatologiczny
- rehabilitacyjny
- wewnętrzny
- ortopedyczny

Obserwacji poddano następujące aspekty:

- posiadanie pomalowanych, sztucznych paznokci, np. tipsów
- długość posiadanych paznokci
- kondycję skóry rąk (m.in. bez widocznych podrażnień, zaczerwienień, wysuszeń oraz innych zmian skórnych)
- posiadanie biżuterii – zegarka, bransoletki, pierścionków, w tym obrączki
- długość rękawa odzieży ochronnej
- poprawność wykonanej procedury dezynfekcji rąk.

Wyniki przedstawiające posiadanie przez personel medyczny pomalowanych, sztucznych paznokci, np. Tipsów
Wyniki przedstawiające posiadanie krótkich paznokci (końcówki paznokci do 0,5cm) przez personel medyczny

Procentowe zestawienie personelu posiadającego pomalowane, sztuczne itp. paznokcie wg grupy zawodowej**Procentowe zestawienie personelu posiadającego krótkie paznokcie (do 0,5 cm) wg grupy zawodowej****Procentowe zestawienie personelu posiadającego skórę rąk w dobrej kondycji wg grupy zawodowej****Procentowe zestawienie personelu noszącego zegarki wg grupy zawodowej****Procentowe zestawienie personelu noszącego bransoletki wg grupy zawodowej****Procentowe zestawienie personelu noszącego pierścionki (w tym obrączki) wg grupy zawodowej****Procentowe zestawienie personelu noszącego odzież ochronną z krótkim rękawem wg grupy zawodowej****Procentowe zestawienie wykonania prawidłowej desynfekcji wg płci****Procentowe zestawienie wykonania prawidłowej procedury wg grupy zawodowej****Czy kampania „Zamknij drzwi zakażeniom szpitalnym” dotyczy tylko higieny rąk...?**

Bardzo dziękujemy OIPiP w Wałbrzychu za umożliwienie uczestnictwa w tej Konferencji.

Dorota Ferenc-Rudnicka
Katarzyna Hołówka
Renata Wyżlic
Bożena Bohdanowicz

XVIII OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO- -SZKOLENIOWA PSPO DLA PIELEŃNIAREK ONKOLOGICZNYCH

Pielęgniarstwo onkologiczne w praktyce klinicznej, Kołobrzeg, 21–23.05.2014 r.

Konferencję zainaugurował wykład Księdza Jana Kaczkowskiego doktora teologii moralnej, bioetyka, założyciela i prezesa Puckiego Hospicjum pw. Św. Ojca Pio, u którego w czerwcu 2012 r. zdiagnozowano nowotwór mózgu. Teraz po dwóch operacjach, poddawany cyklowi chemioterapii, nadal pracuje na rzecz Hospicjum, służy jego pacjentom, wspiera też swoich dawnych uczniów i wychowanków. P Prezentacja Księdza

Jana: „Uprawniona etycznie ulga w cierpieniu, czy ukryta eutanazja? Dylematy moralne wokół sedacji w opiece paliatywnej” dotyczyła sytuacji kiedy zostało zakończone leczenie przyczynowe, a kontynuowane jest leczenie objawowe w rozumieniu dwóch wektorów: 1. Podnoszenie jakości życia w rozumieniu *quality of life*. 2. Wydłużanie życia w rozumieniu typowo czasowym. Te dwa wektory, niezwykle istotne dla medycyny paliatywnej, prędzej czy później wejdą ze sobą w konflikt. W tym konflikcie będą miały znaczącą rolę także pielęgniarki. To personel pielęgniarski jest tym, który z reguły zajmuje się oceną jakości życia pacjenta. Powstaje pytanie etyczne: czy przedłużać życie biologiczne kosztem jakości, czy na odwrót? Dbając o wysoką jakość godzić się na skrócenie życia? Co zatem zrobić gdy staniemy w obliczu wspomnianego konfliktu? Mówić o uprawnionej uldze w cierpieniu i myśleć o prawie do eutanazji czy szukać innych rozwiązań? Patrząc na cierpiącego pacjenta i nie podjąć żadnych działań w obawie przed naruszeniem granicy etycznej, czy zaryzykować próbę pomocy przyjmując na siebie odpowiedzialność za los pacjenta? Kluczową dla rozwiązania tego dylematu jest obecna od dawna w nauce Kościoła zasada etyczna zwana *De duplice efectum* (zasada podwójnego skutku). Książkowym niemal jej zastosowaniem jest przykład posłużenia się lekami sedatywnymi

w krańcowej fazie chorób onkologicznych. Praktycy opieki hospicyjnej wiedzą, że sięgamy po nie tylko wtedy gdy nie ma innej możliwości kontroli objawów. Sedacja to nic innego jak wprowadzenie pacjenta w stan stałej lub czasowej śpiączki terapeutycznej, wprowadzenie mające na celu pozabawienie go świadomości, a przez to ochrony przed cierpieniem. Prelekcja Księdza Kaczkowskiego wywołała ogromne wzruszenie

wśród wszystkich uczestników konferencji i nagrodzona została gromkimi brawami wraz z owacją na stojąco.

Podczas pierwszego dnia Konferencji zaprezentowana również została książka „*Szał nie ma, jest rak*”, w której podczas rozmowy z Katarzyną Jabłońską, ks. Kaczkowski dzieli się swoimi doświadczeniami, przemyśleniami - odważnymi, często bardzo zaskakującymi. Mówi, że jest „otwarty na cud, ale jednocześnie przygotowuje się na to, żeby dobrze przeżyć swoją śmierć...”

Kolejne dwa dni konferencji podzielone zostały na sesje wykładowe:

1. INTERYSCYPLINARNA OPIEKA NAD PACJENTEM.

W sesji pierwszej zaprezentowane zostały tematy dotyczące wsparcia psychologicznego pacjenta z chorobą nowotworową, opieki nad pacjentem leczonym napromienianiem z powodu raka skóry, roli pielęgniarki w profilaktyce i leczeniu odczynów popromiennych, TBI- napromienianie całego ciała- rola pielęgniarki z zapobieganiu powikłaniom u pacjentów, opieki nad pacjentem z objawami zespołu erytrodyzestezji dłoniowo-

podeszwowej po chemioterapii oraz opieki pooperacyjnej u chorych po zabiegach rekonstrukcyjnych głowy i szyi. Prezentacje wygłosiły: mgr Anna Kołodziejska z Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie, mgr Jadwiga Za-

pała ze Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach oraz mgr Aleksandra Łuczycza z Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, oddział w Gliwicach.

Współczesna medycyna umożliwia zapobieganie powikłaniom występującym podczas leczenia onkologicznego, które dotychczas były poważnym problemem uniemożliwiającym zastosowanie skutecznej terapii. Mimo postępu medycyny leczenie systemowe jest w dalszym ciągu obciążone licznymi działaniami niepożądanymi co wpływa na pogorszenie stanu fizycznego i psychicznego pacjenta. Dużą rolę odgrywa również wsparcie chorego podczas jego leczenia. Wsparcie to zasoby do radzenia sobie z trudną sytuacją, jakie człowiek otrzymuje w interakcji z innym. To zewnętrzne jest rodzajem podtrzymania przez życzliwą obecność, umiejętne słuchanie, pomoc w organizacji opieki. Wsparcie wewnętrzne pozwala umocnić się drugiej osobie poprzez psychiczny wzrost, odnalezienie sensu i celu, wzmacnianie osobistych sił i środków. Tak rozumianego wsparcia psychologicznego może udzielić każdy członek zespołu terapeutycznego. Zadaniem pielęgniarki onkologicznej jest przygotowanie chorego na możliwe do przewidzenia dolegliwości, wdrożenie działań profilaktycznych, jak również udział w leczeniu objawów ubocznych leczenia systemowego.

2. WELOWYMIAROWY ASPEKT OPIEKI NAD PACJENTKĄ PO AMPUTACJI PIERSI.

Sesja druga dotyczyła problemów pacjentek po mastektomii, zaprezentowane zostały nowoczesne metody rekonstrukcji piersi oraz metody rehabilitacji bliźni pooperacyjnych- sposoby autoterapii pacjentek po mastektomii. Prezentacje przed-

stawiły: mgr Joanna Kaczmarek z Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, mgr Anna Hac z Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku oraz mgr Agnieszka Bocheńska z Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Rak piersi to najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet w Polsce i na świecie. Główną metodą dającą szansę wyleczenia są zabiegi chirurgiczne. Niestety poprzez okaleczający charakter przyczyniają się do obniżenia jakości życia leczonych pacjentek, głęboko upośledzając funkcjonowanie w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Utrata najbardziej widocznego atrybutu kobiecości- piersi- a tym samym zmiana wyglądu ciała, odczuwana jest boleśnie przez wiele kobiet. W celu zminimalizowania negatywnych skutków zabiegów chirurgicznych stosuje się leczenie odtwórcze. Zabiegi rekonstrukcyjne piersi stały się integralnym elementem współczesnej chirurgii onkologicznej. W Polsce w ostatnich latach coraz więcej ośrodków wykonuje tego typu zabiegi. Wymagają one ścisłej współpracy onkologów, chirurgów, specjalistów z zakresu chirurgii plastycznej, ale również psychologów, rehabilitantów i wreszcie pielęgniarek. Współpraca osób profesjonalnie zajmujących się opieką nad chorymi na raka piersi nakłada na nich obowiązek poszerzania wiedzy z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej. Właściwe przygotowanie chorej do operacji odtwórczej, szczególnie psychiczne, oraz kompleksowa opieka nad pacjentką po zabiegu operacyjnym, wymagają od pielęgniarki wiedzy z zakresu stosowanych technik chirurgii rekonstrukcyjnej. Kompleksowość opieki pielęgniarskiej przekłada się na rozpoznawanie i zaspakajanie potrzeb bio-psycho-społecznych. Pielęgniarka zatem w swojej pracy powinna- obok działań pielęgnacyjnych- wykorzystywać



wiedzę z zakresu rehabilitacji, psychologii i socjologii, a także pedagogiki, przekazując pacjentce wiedzę i umiejętności niezbędne do sprawowania samoopieki. Sprawowanie opieki pielęgniarskiej popartej nauką i praktyką jest istotną częścią całościowego procesu leczenia. Połączenie pracy zespołu terapeutycznego z motywacją i determinacją pacjentki, może prowadzić nie tylko do powrotu do zdrowia, ale także do zmiany wyglądu i psychiki leczonej kobiety.

3. OPIEKA PIELĘGNIARSKA W ONKOLOGII DZIECIĘCEJ.

Sesja trzecia dotyczyła onkologii dziecięcej i znalazły się w niej prezentacje dotyczące opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z zapaleniem jamy ustnej w przebiegu chemioterapii, ból u dzieci z chorobą nowotworową oraz antybiotykoterapia miejscowa, bezpieczna i skuteczna metoda leczenia ran. Prezentację przedstawiły: mgr Katarzyna Wendołowicz i mgr Barbara Gburzyńska z Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej- Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku.

Ból u dzieci chorych onkologicznie jest istotnym problemem klinicznym a także przedmiotem badań naukowych. Dzieci z chorobą nowotworową mogą doświadczać bólu w każdym okresie jej trwania. Ból jest często pierwszym objawem rozwijającego się nowotworu. Bardzo często związany jest z przeprowadzanymi zabiegami diagnostycznymi jak nakłucie łądźwiowe, trepanobiopsja czy nakłucie żył w trakcie pobierania krwi. Ważną przyczyną pojawienia się bólu u dzieci z chorobą nowotworową jest także samo leczenie np. ból po przeprowadzonym zabiegu, miejscowy ból związany ze stanem zapalnym skóry po zastosowaniu radioterapii czy ból towarzyszący owrzodzeniu rozwijającym się w jamie ustnej. Dla dzieci ból wiąże się z najbardziej przykrymi doznaniem. Właściwa ocena przyczyn pojawienia się doznań bólowych oraz stopnia ich nasilenia jest konieczna do prawidłowego leczenia bólu. Złagodzenie go pomaga zapobiec rozwojowi depresji, pomaga zmniejszyć uczucie lęku, gniewu i zapobiega cierpieniu. Należy zauważyć, że nieuśmierzony stanowi ogromne obciążenie dla dzieci, które stają się drażliwe, bojaźliwe i niespokojne. Mogą one doświadczać koszmarów, zaburzeń snu i problemów z jedzeniem. Dzieci narażone na niekontrolowany ból mogą czuć się przygnębione, izolowane i samotne, co w konsekwencji może obniżyć ich zdolność znoszenia terapii onkologicznej.

Leczenie bólu u dzieci powinno zostać podjęte od momentu postawienia u dziecka pierwszego rozpoznania i być kontynuowane przez cały przebieg choroby. Terapie oparte na analgetykach i środkach anestetycznych mają elementarne znaczenie w łagodzeniu bólu, dlatego też powinny stanowić jeden program działań z odpowiednimi metodami behawioralnymi, fizykalnymi i wspomagającymi.

4. JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH W PRAKTYCE KLINICZNEJ.

Sesja czwarta dotyczyła oceny jakości życia chorych z rozpoznaną chorobą nowotworową oraz nowoczesnych metod zwalczania skutków ubocznych leczenia systemowego i ich wpływ na jakość życia pacjentów w trakcie chemioterapii.

Wśród prelegentów nie mogło zabraknąć przedstawiciela Oddziału Onkologii Klinicznej w Świdnicy Pani mgr Krystyny Jankotowicz, która przedstawiła swoją autorską prezentację: „Analiza jakości życia pacjentów w trakcie chemioterapii”. W momencie wystąpienia u pacjenta choroby nowotworowej pojawia się problem zmienionej jakości jego życia. Zapewnienie pacjentowi onkologicznemu szeroko rozumianej opieki umożliwi mu nie tylko konfrontację z fizycznymi skutkami leczenia, ale także ze skutkami psychologicznymi i społecznymi. W pracy dokonano analizy czynników wpływających na jakość życia pacjentów poddanych chemioterapii z powodu choroby nowotworowej. Badania zostały przeprowadzone wśród 70 pacjentów leczonych w SP ZOZ w Świdnicy w Szpitalu „Latawiec” w Oddziale Onkologii Klinicznej. W badaniach zastosowano sondaż ankietowy.

W pracy stwierdzono obniżenie ogólnej jakości życia u pacjentów leczonych cytostatycznie do poziomu 60%. Wykazano, że chemioterapia powoduje największe ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym, społecznym, sprawności fizycznej, a także w wykonywaniu pracy zawodowej i zajęć domowych. Leczenie chemioterapią powoduje: zaburzenia snu, uczucie ogólnego zmęczenia, odczucie bólu, dysfunkcję układu pokarmowego w postaci zapań, biegunki i braku apetytu. Leczenie onkologiczne jest procesem długotrwałym, budzącym negatywne emocje: niepokój, strach i lęk przed nawrotem choroby. W czasie chemioterapii występuje też zagrożenie depresją.

Badano także zależność lęku, bólu i stresu bólowego związanego z leczeniem chemioterapeutycznym. Określono zależność między stosowanym leczeniem a pożyciem seksualnym; chemioterapia powoduje zmniejszenie aktywności seksualnej głównie z powodu zachowań badanych pacjentów.

Konferencja potoczona była z bezprecedensowym wydarzeniem- debiutem nowego czasopisma OPIEKA ONKOLOGICZNA wydawanego pod patronatem Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych.

Dziękujemy OIPIP w Wałbrzychu za umożliwienie uczestnictwa w tej konferencji.

SP ZOZ Szpital „Latawiec” w Świdnicy.
Lilianna Olkowska i Anna Słowik

Ból u dzieci chorych onkologicznie jest istotnym problemem klinicznym a także przedmiotem badań naukowych. Dzieci z chorobą nowotworową mogą doświadczać bólu w każdym okresie jej trwania. Ból jest często pierwszym objawem rozwijającego się nowotworu. Bardzo często związany jest z przeprowadzanymi zabiegami diagnostycznymi (...) Ważną przyczyną pojawienia się bólu u dzieci z chorobą nowotworową jest także samo leczenie np. ból po przeprowadzonym zabiegu, miejscowy ból związany ze stanem zapalnym skóry po zastosowaniu radioterapii czy ból towarzyszący owrzodzeniu rozwijającym się w jamie ustnej. Dla dzieci ból wiąże się z najbardziej przykrymi doznaniem.

INFORMACJA FENTANYL PRZEZSKÓRNY

Przypomnienie o ryzyku zagrożenia życia w razie przypadkowej ekspozycji na fentanyl przezskórny („plastry”)

Szanowni Państwo,

W porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz podmioty posiadające pozwolenia na dopuszczenie do obrotu dla produktów leczniczych zawierających fentanyl w postaci systemu transdermalnego, chcieliby przekazać Państwu następujące informacje:

Streszczenie

- Ciągłe odnotowuje się zgłoszenia przypadkowego narażenia osób postronnych, w szczególności dzieci, na fentanyl przezskórny.

- Aby zapobiec potencjalnemu zagrożeniu życia w razie przypadkowej ekspozycji na fentanyl, przypomina się pracownikom ochrony zdrowia o znaczeniu, jakie ma udzielenie pacjentom i opiekunom wyraźnego pouczenia o ryzyku przypadkowego przeniesienia noszonego plastra na osobę postronną, przypadkowego przyjęcia plastra drogą doustną oraz o konieczności prawidłowego usuwania zużytych plastrów:

Przypadkowa ekspozycja na skutek niezamierzonego przeniesienia plastra: należy pouczyć pacjenta i opiekuna, że w razie przypadkowego przeniesienia plastra na osobę postronną należy go natychmiast usunąć.

Przypadkowe przyjęcie drogą doustną: należy pouczyć pacjenta i opiekuna o konieczności starannego wyboru miejsca aplikacji oraz o konieczności kontroli przylegania plastra.

Zużyte plastry: należy pouczyć pacjenta i opiekuna, że zużyty plaster należy złożyć na pół, stroną przylepną do wewnątrz tak, aby się skleił, i dopiero wówczas można go bezpiecznie wyrzucić.

Dalsze informacje o przypadkowej ekspozycji na fentanyl przezskórny Kwestia przypadkowej ekspozycji nie jest zagadnieniem nowym w dziedzinie bezpieczeństwa farmakoterapii. Niemniej jednak nadal zdarzają się przypadkowe ekspozycje, niekiedy ze skutkiem śmiertelnym (wszystkie takie dotychczasowe przypadki dotyczyły dzieci). W ostatnim czasie Komitet ds. Oceny Ryzyka w Ramach Nadzoru nad Bezpieczeństwem Farmakoterapii (PRAC) przeprowadził ogólny przegląd i stwierdził, że do takich przypadków może dochodzić między innymi ze względu na fakt, że plaster nie jest wystarczająco widoczny. Dlatego też PRAC zalecił poprawę widoczności przezskórnych systemów terapeutycznych zawierających fentanyl.

Należy zachować ostrożność, aby uniknąć przypadkowego przeniesienia noszonego plastra zawierającego fentanyl na osobę postronną, niebędącą jego użytkownikiem, np. osobę dzielącą łóżko lub znajdującą się w bliskim kontakcie z pacjen-

tem. Aby nie dopuścić do przypadkowego przyjęcia plastra drogą doustną przez dziecko, należy w sposób przemyślany wybierać miejsce aplikacji oraz ściśle kontrolować przyleganie plastra.

Ponadto istotne jest udzielenie pacjentowi przez pracowników ochrony zdrowia zrozumiałych informacji na temat bezpiecznego obchodzenia się z plastrami. Należy pouczyć pacjenta, że istotne jest, aby zużyty plaster złożyć na pół, stroną przylepną do wewnątrz tak, aby się skleił i dopiero wówczas można go bezpiecznie wyrzucić.

Trwają prace nad poprawą widoczności plastra. Komunikat ten służy przypomnieniu pracownikom ochrony zdrowia o znaczeniu, jakie ma przekazywanie powyższych informacji współpracownikom, pacjentom i opiekunom.

Barbara Jaworska-Łuczak
Prezes Urzędu
Rejestracji Produktów Leczniczych,
Wyrobów Medycznych
i Produktów Biobójczych

Wszelkie przypadki podejrzenia wystąpienia działań niepożądanych należy zgłaszać zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych do:

Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
Departament Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych
Al. Jerozolimskie 181C
02-222 Warszawa
Tel. (22) 492 13 01
Faks: (22) 492 13 09
ndl@urpl.gov.pl

lub do właściwego podmiotu odpowiedzialnego:

Dla produktów leczniczych:
Durogesic 12.5 mcg/h, system transdermalny
Durogesic 25 mcg/h, system transdermalny
Durogesic 50 mcg/h, system transdermalny
Durogesic 75 mcg/h, system transdermalny
Durogesic 100 mcg/h, system transdermalny

Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.
ul. Ilżecka 24
02-135 Warszawa
Polska

Tel. +48 222 37 60 00, Fax. +48 22 237 60 39
DL-JNJPL-JAC-Pharmacovirilancebis(ai)TS.JNJ.com

Dla produktów leczniczych:
Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny
Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny
Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny
Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny
Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny

Takeda Pharma Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 146a
02-305 Warszawa
Tel. +48 22 608 13 00; fax +48 22 608 13 03
dso-pl(5)takeda.com

Dla produktów leczniczych:
Fentanyl Actavis 25 pg/h system transdermalny
Fentanyl Actavis 50 pg/h system transdermalny
Fentanyl Actavis 75 pg/h system transdermalny
Fentanyl Actavis 100 pg/h system transdermalny

Actavis Pharma Sp. z o.o.
ul. Marynarska 15
02-674 Warszawa
Tel: (22) 512 29 00, (22) 512 29 54
Fax: (22) 512 29 96
safety.poland@actavis.com

Dla produktów leczniczych:
Fenta MX 25, 25 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster
Fenta MX 50, 50 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster

Fenta MX 75, 75 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster
Fenta MX 100,100 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster

Sandoz Polska Sp. z o.o.
ul. Domaniewska 50 C, 02-672 Warszawa
tel. 22 209 70 00
faks 22 209 70 05
druR-safety.poland@sandoz.com

Dla produktów leczniczych:
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 12 mikrogramów/godzinę
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 25 mikrogramów/godzinę
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 50 mikrogramów/godzinę
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 75 mikrogramów/godzinę
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 100 mikrogramów/godzinę

Pfizer Polska Sp. z o.o.
Dział Monitorowania
Bezpieczeństwa Leków
ul. Postępu 17 B
02-676 Warszawa
Tel.: +48 22 335-6326;
Fax Toll-Free: 00800112-4454
POLAEReporting@pfizer.com

Formularz zgłoszenia działania niepożądanego dostępny na stronie: <http://dn.urpl.gov.pl/dn-zgloszenia-dzialan-nie-pozadanych>.

WAŻNA INFORMACJA DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zgodnie z art. 97 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039) zapis brzmi:

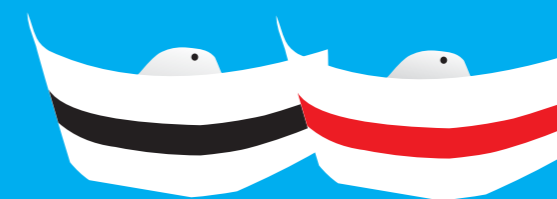
1. Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo art. 31, mogą uzyskać stwierdzenie prawa wy-

konywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015 r. złożyły stosowny wniosek.

2. Po upływie terminu określonego w ust. 1 prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu **wygasza**

Ponadto informuję, że pielęgniarki, położne posiadające prawo wykonywania zawodu wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu w formie papierowej, format A5, złożone dwie strony, ze zdjęciem miały obowiązek wymiany **do dnia 31 grudnia 2001r.**

Jeżeli nie dokonana została wymiana, powyższy zapis dotyczy również te osoby.



OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w Wałbrzychu

ETYKA

PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

SPRAWIEDLIWOŚĆ
BEZINTERESOWNOŚĆ
RÓWNOŚĆ
profesjonalizm

GODNOŚĆ
ODPOWIEDZIALNOŚĆ
KOMPETENCJA
doradzaj
informuj
edukuj
podnoś kwalifikacje

CIERPLIWOŚĆ
ŻYCZLIWOŚĆ
SZACUNEK
uśmiechnij się

PRAWDA
ODWAGA
nade wszystko

ZAUFANIE
zrób coś dobrego,
nie krzywdź



Czasami można wyleczyć.
Często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

